Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr 37 12. września 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr Adam STADNICKI. Lwów.

Ropień podprzeponowy.

Z Oddziału Wewn. I Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie.
Ordynator: Doc. dr W. Czernecki.

Ropień podprzeponowy jest to schorzenie zajmujące zarówno chirurga, jak i internistę. Chirurga zajmuje ono ze względu na zabieg operacyjny. Nie da się jednak zaprzeczyć, że rola internisty przy tym schorzeniu jest bardzo ważna i odpowiedzialna, gdyż często od wczesnego rozpoznania i szybkiego skierowania do zabiegu operacyjnego zależy życie chorego.

Ropniem podprzeponowym zajmowano się od dość dawna, gdyż już w 1845 r. Barlow rozpoznawał go klinicznie, dopiero jednak od czasów Leydena (1879 r.) i jego publikacji o tym schorzeniu częściej zaczęto się zajmować tą jednostką chorobową i opisywać ją tak, że Maydl (1894 r.) mógł już zebrać z piśmiennictwa światowego 179 ogłoszonych przypadków. Od tego czasu liczba przypadków ogłaszanych wzrasta do tego stopnia, że już w 1909 r. Piquand w swojej statystyce mówi o 890 przypadkach, zebranych z piśmiennictwa światowego, a w r. 1933 Ochsner Alton i Amos Graves ogłaszają statystykę opartą już aż na 3.372 przypadkach, wśród których umieścili 50 przypadków własnych.

W piśmiennictwie polskim liczba ogłoszonych ropni podprzeponowych jest dość mała. Kijewski w 1893 r. podaje, że do tego roku znalazł zaledwie 12 ogłoszonych przypadków ropnia podprzeponowego (z czego tylko w jednym przypadku wykonano autopsję), sam zaś autor zebrał i ogłosił 6 przypadków. Od tego czasu zainteresowanie tym tematem w piśmiennictwie słabnie, gdyż do chwili obecnej ogłoszono w piśmiennictwie polskim zaledwie 13 przypadków.

Nie od rzeczy więc będzie przytoczyć materiał zebrany na Oddz. Wewn. I. Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie (Ordynator doc. dr Wincenty Czernecki) a obejmujący 15 chorych w latach 1926—1936.

Zanim jednak przejdziemy do szczegółowego omówienia zebranych przypadków, wypadało by zastanowić się nad przyczyną stosunkowo rzadkiego w piśmiennictwie naszym ogłaszania przypadków ropni podprzeponowych. Nie bez wpływu na taki stan rzeczy pozostawało samo ujęcie określenia ropnia podprzeponowego. W ścisłym bowiem znaczeniu rozumie się przez ropień podprzeponowy ograniczone nagromadzenie się ropy w przestrzeni wytworzonej z jednej strony przez przeponę a z drugiej strony przez sąsiadujące z nią bezpośrednio narządy, jak wątroba, żołądek i śledziona. To określenie ropnia podprzeponowego jest najstarsze i najbardziej rozpowszechnione. W ostatnich dziesiątkach lat rozszerzono pojęcie przestrzeni podprzeponowej *(subphrenium)* tak, że ma ona sięgać od przepony aż do krezki okrężnicy poprzecznej a nawet do samej okrężnicy poprzecznej (do *mesocolon* i *colon transversum* Guibal, Piquand, Nather). Przestrzeń tę dzieli sierpowate więzadło wątroby *(lig. falciforme hepatis)* na przestrzeń podprzeponową prawą i lewą, w każdej z nich wyróżnić można nadto mniejsze przestrzenie, w których może rozwinąć się ropienie zajmujące następowo i inne przestrzenie. Prawa przestrzeń podprzeponowa zawiera trzy mniejsze przestrzenie, z tego dwie górne i jedną dolną. Dwie przestrzenie górne: przednia i tylna *(spatium superius anterius et posterius dextrum)* są od siebie rozdzielone przez blaszki więzadla wieńcowego *(lig. coronarium hepatis)* i więzadło trójkątne prawe *(lig. triangulare dex.)*. Przestrzeń podprzeponowa prawa dolna *(spatium dex. inferius)* jest utworzona przez dolną powierzchnię wątroby i krezkę okrężnicy poprzecznej *(mesocolon transversum)*. Lewa przestrzeń podprzeponowa posiada cztery mniejsze przestrzenie: 1) przestrzeń lewa górna *spatium sin. sup.* utworzona przez przeponę, lewe więzadło wieńcowe i trójkątne wątroby a przyśrodkowo przez więzadło sierpowate, dalej dwie przestrzenie lewe dolne; 2) przestrzeń lewa dolna przednia *(spatium sin. inf. ant.)* pomiędzy przednią ścianą żołądka a przednią ścianą jamy brzusznej oraz 3) tylna dolna przestrzeń *spatium sin. inf. post.* poza tylną ścianą żołądka (stanowiąc połączenie z torbą sieciową *bursa omentalis)*. Ostatnia wreszcie czwarta przestrzeń tzw. przestrzeń okołośledzionowa *spatium perisplenicum* znajduje się pomiędzy śledzioną a żołądkiem lub śledzioną a przeponą. Podział ten ze stanowiska anatomo-patologa jest może słuszny, posiada nawet pewną wartość dla chirurga, nie ma jednak większego znaczenia dla internisty. Utarło się bowiem przekonanie, że ropień podprzeponowy to sprawa tocząca się bezpośrednio pod przeponą, w której ta ostatnia jest zwykle przez sprawę zapalną zajęta, tworząc jedną ze ścian ropnia. Poza tym trudności rozpoznania ropnia zajmującego przestrzeń pomiędzy dolną powierzchnią wątroby, a krezką okrężnicy poprzecznej są dla internisty bardzo znaczne a nawet prawie nie dające się pokonać. Zmiany te bowiem dają się stwierdzić fizykalnie i w obrazie rentgenowskim dopiero wtedy, kiedy przyjdzie do równoczesnego zajęcia przestrzeni górnej. Zajęcie innych przestrzeni po stronie lewej, połączone z objawami otrzewnowymi nieraz o charakterze bardzo ostrym każe podejrzewać istnienie sprawy ropnej, usadowionej w górnej części brzucha. Jako ropień podprzeponowy rozpoznaje się schorzenie dające zarówno zmiany fizykalne, jak i w obrazie rentgenowskim; zmiany przy badaniu Roentgenem są nieraz bardzo nieznaczne tak, że jedynie uwzględnienie stanu ogólnego i wywiadów może skierować rozpoznanie na właściwe tory.

Do przypadków zebranych z ostatniego 10-lecia na Oddziele Wewn. I nie wliczyliśmy tych, w których ropienie toczyło się tylko w okolicy żołądka bez zajęcia właściwej przestrzeni podprzeponowej. W przeciwnym razie materiał nasz byłby znacznie większy. Ogólnie rzecz biorąc przypadki ogłoszone w polskim piśmiennictwie są ropniami, w których jedną ze ścian ropnia stanowi przepona.

Ropień podprzeponowy jest schorzeniem, przy którym mają bardzo duże znaczenie wywiady, zwłaszcza przy uwzględnieniu faktu, że ropień podprzeponowy jest najczęściej sprawą chorobową wtórną, rozwijającą się w następstwie innego, przebytego stanu zapalnego lub też przy współistnieniu innego schorzenia. Ropień podprzeponowy pierwotny należy do rzadkości, chociaż opisywano jego występowanie w czasie epidemii grypy. Poza tym rozwinąć się może przy durze brzusznym, paradurze, błonicy, przy czyraczności i czerwonce. Dla ropni pierwotnych przyjmuje szereg autorów możliwość przechodzenia zarazków chorobotwórczych przez nienaruszoną błonę śluzową jelit i wywoływanie następowego ograniczonego zapalenia otrzewnej. Inni przyjmują tę tezę warunkowo, uważając, że przechodzenie zarazków może odbywać się jedynie przez uszkodzoną błonę śluzową jelit. Trzecia wreszcie grupa przyjmuje odleglejszą bramę wejścia np. migdałki i możliwość szerzenia się zakażenia drogą naczyń krwionośnych.

Ropień podprzeponowy wtórny wychodzi najczęściej z miejscowego zapalenia w jamie brzusznej lub miednicy małej; z narządów pozostających w najbliższym sąsiedztwie z przeponą wychodzi on jednak najczęściej, chociaż może także wychodzić i z innych narządów jamy brzusznej oddalonych nawet znacznie od przepony. Przy specjalnych warunkach nawet sprawy toczące się w klatce piersiowej (otok opłucnej, ropień, zgorzel płuc lub nawet zapalenie płuc) mogą powodować powstanie ropnia podprzeponowego. Rzadkość tego rodzaju powikłania tłumaczy się tym, że prąd limfy idzie w przeponie od powierzchni brzusznej przepony do powierzchni znajdującej się w klatce piersiowej a nie na odwrót, a dalej większą odpornością na zakażenie otrzewnej, niż ją posiada opłucna. Znane są bowiem przypadki, w których ropienie utrzymuje się w opłucnej nawet miesiącami bez wywołania powikłań ze strony otrzewnej. Poza tym przyczyną powstawania ropni podprzeponowych mogą być przebicia wrzodu żołądka lub dwunastnicy, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie woreczka i dróg żółciowych, ropień wątroby, bąblowiec wątroby. Z innych przyczyn wymienić należy uraz wątroby lub innych narządów jamy brzusznej, powodujący ich pęknięcie z następowym zakażeniem. Do spraw rzadszych, powodujących powstanie ropnia podprze-

ponowego należą sprawy zapalne narządów rodnych kobiecych tak ograniczone, jak i ogólne, a wreszcie owrzodzenia jelita cienkiego i grubego oraz ropienia wychodzące z nerek, trzustki, śledziony i zapalenia szpiku kostnego żeber i kręgów.

Najczęstszą przyczyną ropni podprzeponowych wtórnych są przebicia wrzodu żołądka lub dwunastnicy i zapalenia wyrostka robaczkowego, jednak statystyki różnią się między sobą co do odsetek występowania tego rodzaju powikłań przy poszczególnych schorzeniach. I tak Piquand (1909 r.) podając statystykę opartą na 890 przypadkach z piśmiennictwa światowego, przytacza, że 31% (270 przypadków) było następstwem pęknięcia wrzodu żołądka lub dwunastnicy, a tylko 21.7% (191 przypadków) było następstwem powikłania zapalenia wyrostka robaczkowego. Ochsner Alton i Amos Graves (1933 r.) podają w statystyce opartej na 3.372 przypadkach, że w 30.7% przyczyną ropnia podprzeponowego było zapalenie wyrostka robaczkowego, a w 29% przebicie żołądka lub dwunastnicy. Wedle tej ostatniej statystyki, jak widzimy równie często wywołują powstanie ropnia podprzeponowego zapalenie wyrostka robaczkowego, jak i pęknięcie wrzodu żołądka lub dwunastnicy. Schorzenia dróg żółciowych, woreczka i wątroby były przyczyną ropnia podprzeponowego u Piquanda w 15% (136 przypadków), a w statystyce Ochsnera Altona i Amosa Gravesa w 12%.

I. Zapalenie wyrostka robaczkowego jest według nich przyczyną powstania ropnia podprzeponowego w 30.7%, a więc prawie 1/3 ropni jest następstwem powikłania, występującego przy tym schorzeniu. Ropienie może rozwinąć się w przestrzeni podprzeponowej, przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, jako zejście ogólnego zapalenia otrzewnej, które ogranicza się do przestrzeni podprzeponowej. Również może przyjść do pozornego wyleczenia zapalenia wyrostka robaczkowego, a dopiero następowo w kilka tygodni (3—4 tyg.) może rozwinąć się ropień podprzeponowy. Zabieg operacyjny nie chroni przed tym powikłaniem nawet w tych przypadkach, w których nie ma konieczności przeprowadzenia sączkowania jamy brzusznej. Przeciętna liczba tego rodzaju powikłania waha się wedle różnych autorów od 0.34%—6.1%. Zarazki, wywołujące ropienie dostają się do przestrzeni podprzeponowej albo z bezpośredniego sąsiedztwa, wskutek zaburzenia rozwojowego (przemieszczenie kątnicy i wyrostka robaczkowego), albo też ropienie szerzy się wzdłuż części wstępującej okrężnicy *(colon ascendens).* Poza tym ropienie szerzy się także wzdłuż naczyń chłonnych wywołując nieraz ich stan zapalny lub też szerząc się drogą naczyń krwionośnych powoduje zakrzepy żylne zakażone, które następowo dają ropnie wątrobowe, z tych zaś przez pękanie lub przez ciągłość *(per continuitatem)* może przyjść do rozwoju ropienia w przestrzeni podprzeponowej.

II. Żołądek i dwunastnica mogą również być punktem wyjścia dla ropni podprzeponowych, zwłaszcza wrzody żołądka lub dwunastnicy pęknięte to jedna z bardzo częstych przyczyn ropienia w przestrzeni podprzeponowej i powstawania ropni z zawartością gazu. Pochodzenie gazu, występującego przy tego rodzaju ropniach tłumaczą albo dostawaniem się gazu przy przebiciu narządów zawierających gaz lub też jako wyraz spraw życiowych zarazków gazotwórczych. Przeciw pierwszemu tłumaczeniu przemawia to, że gaz wydostający się z żołądka ulega szybkiemu wessaniu, natomiast bania gazowa przy ropniu podprzeponowym jest objawem nie tylko częstym, ale utrzymującym się nieraz bardzo długo, nawet całymi miesiącami. Pozostawałoby zatem drugie przypuszczenie, dopatrujące się w obecności zarazków gazotwórczych przyczyny pojawiania się bani gazowej w ropniu podprzeponowym. Nie tylko widoczne przebicia żołądka lub dwunastnicy są punktem wyjścia dla ropienia w jamie brzusznej, opisywano nawet takie przypadki, w których mimo braku widocznego makroskopowo przebicia istniało w jamie brzusznej ropienie, którego obecność tłumaczyć należało albo nieznacznym uszkodzeniem ściany, niewidocznym gołym okiem lub też możliwością przechodzenia zarazków bez przerwania ciągłości tkanki, zmienionej chorobowo. Stany zapalne toczące się w przestrzeni podprzeponowej, pochodzące z przebicia żołądka lub dwunastnicy nie muszą mieć charakteru ropnego. Mogą to być jedynie wysięki o charakterze surowiczym, które mogą nawet ulegać wessaniu bez przejścia w ropienie. (Byłoby to jedno z bardzo nielicznych korzystnych zejść „ropnia" podprzeponowego). Z drugiej strony może utrzymywać się łączność pomiędzy ropniem podprzeponowym a przebitym wrzodem przez dłuższy czas, co stanowi przyczynę przewlekłego ropienia wskutek utrzymywania się przetoki.

Ropień podprzeponowy może zawierać oprócz ropy również resztki niestrawionego pokarmu lub soku żołądkowego. Umiejscowienie rozwijającego się ropienia jest następujące: ropnie wychodzące z przebicia wrzodu dwunastnicy usadawiają się po stronie prawej, po przebiciu wrzodu żołądka, usadowionego na krzywiźnie małej rozwija się ropienie po stronie lewej, chociaż mogą w tych razach także występować ropnie obustronne.

Przebicia innych odcinków przewodu pokarmowego są rzadkie, występują one przeważnie przy owrzodzeniach w przewodzie pokarmowym, mających już to charakter zapalny (dur brzuszny, czerwonka) już to nowotworowy. Uraz tępym narzędziem w jamę brzuszną, powodując pęknięcie narządów w jamie brzusznej może dawać także następowo ropienie w przestrzeni podprzeponowej. Nie tylko pęknięcie ściany przewodu pokarmowego, ale nawet martwica ograniczona ścian doprowadza do powstania powikłania w postaci ropnia podprzeponowego.

III. Trzecie miejsce pod względem częstości ropienia w przestrzeni podprzeponowej zajmują schorzenia wychodzące z wątroby, jak: schorzenia woreczka żółciowego, przewodów żółciowych, ropień wątroby, bąblowiec wątroby oraz pęknięcia wątroby pourazowe. Ropienia toczące się tak w przewodach żółciowych, jak i w samym woreczku żółciowym oraz w miąższu wątrobowym mogą powodować następowo zajęcie przestrzeni podprzeponowej. Rzadko kiedy powstaje ropienie wskutek przebicia ścian woreczka żółciowego, najczęściej przechodzi ropienie *„per continuitatem"* z dróg żółciowych lub schorzałego miąższu wątroby do otaczającej przestrzeni podprzeponowej. Bąblowiec wątroby usadawia się zwykle w prawym płacie wątroby najczęściej podotrzewnowo, ulegając zaś zropieniu może powodować ropienie w przestrzeni podprzeponowej z wszystkimi cechami ropnia podprzeponowego, wskutek przejścia na przeponę może przebić do płuc i daje nawet korzystne zejście w postaci samowyleczenia. Urazy w jamę brzuszną w okolicy wątroby powodują często pęknięcia jej, z następowym krwiakiem, mogącym ulec wtórnie zakażeniu, lub też przychodzi do wytworzenia się przetoki, z której wydostaje się żółć do jamy brzusznej. Żółć gromadząca się w przestrzeni podprzeponowej może dawać objawy, budzące podejrzenie na sprawę ropną, rozstrzyga w tych razach próbne nakłucie, które zamiast ropy wykaże obecność żółci. Kälmark opisuje przypadek, w którym u 52-letniej kobiety wystąpiły objawy ropnia podprzeponowego w kilka dni po napadzie kolki żółciowej. Nakłucie próbne wykazało płyn żółtaczkowy, przy zabiegu operacyjnym stwierdzono jedynie obrzęk ścian woreczka żółciowego, zawierającego kamyk bez silniejszych objawów zapalnych w samej ścianie. Przyczyną powstania wysięku żółtaczkowego nie było pęknięcie ściany woreczka żółciowego, lecz porozszerzanych naczyń żółciowych włosowatych, położonych podotrzewnowo. Za takim tłumaczeniem przemawiałoby ograniczanie się wysięku do powierzchni wątroby. Kälmark podaje, że w piśmiennictwie znalazł tylko 4 podobne przypadki, podczas kiedy on sam zgromadził 33 przypadki, cechujące się nagromadzeniem się płynu żółtaczkowo zabarwionego w wolnej jamie otrzewnowej, bez objawów przebicia ścian woreczka żółciowego.

Jak widać ze statystyki ropień podprzeponowy wychodzi najczęściej z żołądka i dwunastnicy, bo w 29%, z wyrostka robaczkowego w 30.7%, trzecie miejsce zajmuje wątroba stając się w 12% lub 15% punktem wyjścia dla ropienia w przestrzeni podprzeponowej. Resztę tj. prawie 25% stanowią ropnie, wychodzące z innych narządów jamy brzusznej, jak trzustka, śledziona, nerki, narządy rodne kobiece oraz ropne zapalenie szpiku kostnego żeber lub kręgów, a wreszcie w 3.6% wedle statystyki Piquanda, albo w 2.6% wedle Ochsnera Altona i Amosa Gravesa punktem wyjścia dla ropienia w przestrzeni podprzeponowej są sprawy ropne toczące się w klatce piersiowej. Poza tym w tych 25% mieszczą się także ropnie pierwotne, gdzie ani w wywiadach, ani przy zabiegu operacyjnym, ani nawet na stole sekcyjnym nie udało się wykazać pierwotnego ogniska, z którego następowo rozwinęło się ropienie w przestrzeni podprzeponowej. Po urazach w okolicę śledziony, połączonych ze złamaniem żeber, mogą powstawać następowe pęknięcia śledziony połączone z krwawieniami, które ulegając zakażeniu przechodzą w następowe ropienie. Ropnie podprzeponowe wychodzące ze śledziony mogą powstawać także przerzutowo, przy istnieniu ropienia w innym miejscu a także rozwijają się one przy zimnicy, durze brzusznym oraz przy ogólnym zakażeniu.

Trzustka, nerki oraz narządy rodne kobiece wyjątkowo tylko są powodem powstania ropienia w przestrzeni podprzeponowej, zdarza się to tylko przy sprawach zapalnych o charakterze ropnym, toczących się w tych narządach. W końcu dodać należy, że ropień podprzeponowy może rozwinąć się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej tak przy sprawach ropnych, jak też po zabiegach czystych na żo-

łądku lub woreczku żółciowym (wycięcie żołądka lub woreczka żółciowego). Najczęściej występuje to powikłanie w 2—3 tygodni po zabiegu operacyjnym wtedy, kiedy pierwotne schorzenie zostało już operacyjnie wyleczone. Z drugiej strony nawet nakłucie próbne wykonane przy ropnym zapaleniu opłucnej staje się przyczyną ropienia, jeśli przy nieostrożnym nakłuwaniu przyjdzie do przebicia przepony i zakażenia przestrzeni podprzeponowej, albo też wskutek zranienia wątroby występuje krwotok a krwiak ulega następowemu zakażeniu. Postrzały wątroby z pozostaniem w niej pocisku mogą dawać następowe ropienie w przestrzeni podprzeponowej. Rehn zwraca uwagę na biegunki występujące u chorych z zastarzałymi postrzałami wątroby, uważając je za objaw, który powinien zwrócić uwagę na to, czy nie ma ropienia pod przeponą.

Również rany kłute brzucha połączone z przebiciem narządów i następowym zapaleniem otrzewnej mogą stać się przyczyną ropienia w przestrzeni podprzeponowej.

Widzimy więc, jak duże znaczenie mają dokładnie zebrane wywiady, dotyczące przebytych chorób i jak wiele danych mogą nam one dostarczyć dla rozpoznania istoty toczącej się sprawy chorobowej.

Początek ropnia podprzeponowego bywa nagły, albo schorzenie rozwija się powoli, czasem bez większych dolegliwości z nieznacznymi tylko podwyżkami ciepłoty, budząc nawet podejrzenie o sprawę gruźliczą.

Początek nagły łączy się zazwyczaj z objawami ostrego przebicia żołądka lub dwunastnicy, cechuje się ostrym, silnym, przeszywającym bólem połączonym z objawami ogólnego zapadu (oczy zapadnięte, język podsychający, kończyny chłodne, tętno szybkie, słabo napięte, obrona mięśniowa, ograniczająca się tylko do górnej części brzucha lub też obejmująca mięśnie całego brzucha). Po tym wstępie przychodzi do pozornego polepszenia ogólnego stanu, tętno staje się lepiej napięte, a bolesność ogranicza się jedynie do górnej części brzucha, gorączka utrzymuje się nadal, nie wykazując jednak nic charakterystycznego w swoim przebiegu, chociaż może ona też przybierać charakter zwalniającej *(remittens)* lub też nawet przepuszczającej *(intermittens)*. Ból występujący w górnej części brzucha ma charakter bólu dość stałego, niezależnego od ruchów oddechowych, o natężeniu mniej lub więcej stałym. Początek nagły przy wyjściu sprawy chorobowej z innych narządów (wyrostek robaczkowy lub woreczek żółciowy) wygląda w ten sposób, że początkowo rozwijają się objawy ostrego zapalenia danego narządu, nieraz nawet połączone z objawami ogólnego zapalenia otrzewnej, które to objawy w następnych dniach czy tygodniach cofają się, ciepłota ciała stopniowo się obniża, dochodząc nieraz nawet do normy. Dopiero w jakiś czas później przychodzi do zaostrzenia się objawów ogólnych, ciepłota ciała podnosi się, występuje bolesność ograniczająca się tylko do górnej części brzucha, chory czuje się osłabiony, stopniowo występują także inne objawy kliniczne ropnia podprzeponowego. Sprawa chorobowa może wreszcie rozwijać się powoli u osobnika młodego z dolegliwościami żołądkowymi, występują stany podgorączkowe, ogólne wyniszczenie stale postępujące, co budzi nawet podejrzenie o gruźlicę. Tutaj dokładnie zebrane wywiady i samo badanie chorego budzi podejrzenie na jakąś inną sprawę toczącą się w jamie brzusznej.

Ropień podprzeponowy jest schorzeniem nie zależnym od wieku, może wystąpić tak u osesków, jak dzieci, dorastającej młodzieży oraz u ludzi dojrzałych i starców. Jakkolwiek ropienie może rozwinąć się w każdym wieku, jednak największa liczba przypada na wiek między 20—40 rokiem życia. Podobnie, jak wiek, tak i płeć nie odgrywają tu żadnej roli, kobiety zapadają tak samo często na to cierpienie, jak i mężczyźni.

Obraz chorego badanego zależy od punktu wyjścia schorzenia oraz od okresu choroby w jakim widzimy chorego, a mianowicie, czy jest to początek ropnia, czy też mamy już ropień rozwinięty. Objawy fizykalne zależą dalej od tego, czy stwierdzamy tylko nagromadzenie płynu bez zawartości gazu, czy też płyn i gaz razem, a dalej czy wystąpiły już powikłania ze strony opłucnej, płuc lub otrzewnej. Rozpoznanie jest łatwiejsze, jeżeli brak jest powikłań, które prowadzą nieraz do pomyłek rozpoznawczych, przy czym dopiero dalszy przebieg choroby skierowuje rozpoznanie na właściwe tory.

Ból występuje zazwyczaj w górnej części brzucha, tak przy oddychaniu, jak kaszlu i kichaniu. Nasilenie bólu stopniowo wzrasta, promieniuje on czasem z podżebrza do barku lub też do okolicy międzyłopatkowej oraz do dołka nadobojczykowego.

Umiejscowienie bólu nie daje jednak żadnych danych, mogących służyć do określenia, czy sprawa chorobowa toczy się pod, czy nad przeponą. O ile ból występujący w klatce piersiowej na początku zapalenia opłucnej słabnie przy gromadzeniu się wysięku w jamie opłucnowej, o tyle przy ropniu podprzeponowym ma stale prawie to samo nasilenie. Ból specjalnie o charakterze świdrującym, umiejscowiony w dołku podsercowym poniżej wyrostka mieczykowatego połączony ze wzdęciem tej okolicy, występuje zazwyczaj przy ropieniach toczących się w linii środkowej przed kręgosłupem. Przebieg krzywej ciepłoty nie przedstawia nic charakterystycznego, może to być gorączka zwalniająca, co zasadniczo przemawia za ropieniem po wykluczeniu innych spraw (gruźlica, przerzuty nowotworowe). Poza tym przychodzi do nieznacznego tylko podwyższenia ciepłoty, a nawet spotyka się stan zupełnie bezgorączkowy, chociaż ten ostatni należy do bardzo wielkich rzadkości. Istnienie stanu podgorączkowego budzi również podejrzenie o sprawę swoistą (gruźlica).

Kaszel nie należy zasadniczo do objawów ropnia, stanowiąc objaw dość rzadki, wystąpienie zaś jego daje prawo do podejrzewania powikłania w postaci zapalenia opłucnej. Zazwyczaj jest to kaszel suchy, a wydzielina śluzowa czy śluzowo-ropna pojawia się przy wystąpieniu powikłania ze strony płuc w postaci zapalenia lub ropnia płuc, a dalej także przy przebiciu ropnia podprzeponowego do płuc i następowego opróżniania się ropnia przez drogi oddechowe. Plwocina pochodząca z ropnia podprzeponowego cuchnie, a w naczyniu układa się trójwarstwowo.

Chory z ropniem podprzeponowym robi wrażenie ciężko chorego, najczęściej leży na wznak lub też na chorym boku, czasem z nogami przykurczonymi. Klatka piersiowa po stronie chorej jest rozszerzona w dolnej połowie, zwłaszcza w okolicy łuku żebrowego, oddechowa ruchomość jej jest w porównaniu ze stroną zdrową upośledzona, przestwory międzyżebrowe najczęściej niewyrównane, nie wykazują takiego wygładzenia, jakie spotyka się przy odmie lub dużych wysiękach opłucnowych, chociaż przy istniejącym obrzęku skóry mogą one być wygładzone. Brzuch w górnej swej części jest silniej wysklepiony, zwłaszcza po stronie chorej a czasem daje się już nawet przy oglądaniu zauważyć zarysy obniżonej wątroby. Przy ropniach większych i dłuższy czas trwających można czasem stwierdzić oglądaniem i obmacywaniem wypuklenie usadowione poniżej prawego łuku żebrowego oraz wykazać chełbotanie. Przy obmacywaniu daje się stwierdzić bolesność przy ucisku na łuk żebrowy strony chorej. Czasami przestwory międzyżebrowe są bolesne na ucisk a przy ropniach toczących się w górnej, tylnej przestrzeni podprzeponowej stwierdza się bolesność uciskową XII żebra. Poza tym można stwierdzić bolesność uciskową XI i XII żebra w linii pachowej średniej i tylnej (Harttung) oraz ból uciskowy przy oburęcznym uciskaniu łuku żebrowego. Brzeg wątroby daje się wymacać na szerokość kilku palców poniżej łuku żebrowego, obniżona wątroba nie jest bolesna przy ucisku, ból daje się dopiero wywołać przy usiłowaniu wciśnięcia wątroby pod łuk żebrowy. Powłoki brzuszne są więcej napięte w górze po stronie chorej. Opukiwanie klatki piersiowej daje dość ważne dane. Wypuk nad górną częścią klatki jest jawny, dolna granica z przodu podniesiona do wysokości IV żebra a nieraz nawet jeszcze wyżej, w linii pachowej środkowej obniża się nieco, dochodząc do V żebra lub niżej, najniżej zaś znajduje się z tyłu w linii łopatkowej, dochodząc na szerokość 2 palców poniżej kąta łopatki. Po połączeniu wszystkich tych punktów otrzymamy linię krzywą z najwyższym punktem na przedniej powierzchni klatki piersiowej w pobliżu linii przymostkowej, najniższym zaś w pobliżu kręgosłupa. Taka granica stłumienia jest bardzo charakterystyczna dla wysięków podprzeponowych, a przebieg jej jest wprost odwrotny do przebiegu krzywej przy nieotorbionych wysiękach opłucnowych, przy których najwyższy punkt stłumienia znajduje się przy kręgosłupie. Wskutek podniesienia przepony ulega też zmianie położenie samego serca, które jest przemieszczone ku górze i nieco na zewnątrz. Oba wyżej opisane objawy przemawiają w przypadkach wątpliwych zdaniem Biegańskiego za ropniem podprzeponowym a przeciw zapaleniu opłucnej. Chociaż typowa krzywa przy ropniu podprzeponowym jest ważnym momentem rozpoznawczym, to jednak brak jej nie wyklucza jeszcze istnienia ropienia pod przeponą, szczególnie z tego powodu, że typowa krzywa daje się najlepiej stwierdzić po stronie prawej. Przy ropniu podprzeponowym usadowionym po stronie lewej znika przestrzeń półksiężycowa Traubego tak samo, jak przy wysiękowym zapaleniu opłucnej. Większe ropnie lewostronne powodują podniesienie serca ku górze i nieco na stronę prawą. Ropnie podprzeponowe, zawierające gaz mogą dawać objawy fizykalne zupełnie zbliżone do tych, z jakimi spotykamy się przy otoku ropno-powietrznym. Wypuk jawny w górnej części klatki piersiowej przechodzi ku dołowi w wypuk bębenkowy, przy zmianie położenia stwierdza się zmianę wypuku. Przy znacznej

zawartości gazu może wypuk bębenkowy zajmować nawet całą przestrzeń zajmowaną przez wątrobę, która wtedy jest znacznie obniżona. Powikłanie ropnia podprzeponowego wysiękowym zapaleniem opłucnej może dawać kilkakrotną zmianę wypuku: a więc idąc od góry stwierdza się w szczytach i poniżej wypuk jawny, który przechodzi następnie w jawny z lekkim odcieniem bębenkowym, następnie mamy pas przytłumienia przechodzący ponownie w odcień bębenkowy (o ile jest to ropień podprzeponowy, zawierający gaz).

Przy małym ciśnieniu, panującym w jamie ropnia, ulega wątroba tylko nieznacznemu obniżeniu, wskutek czego wypukuje się poniżej bębenkowego pas zupełnego stłumienia. Obecność tego rodzaju objawów wypukowych przy uwzględnieniu ogólnego stanu chorego budzi zawsze podejrzenie na ropień podprzeponowy z zawartością gazu, powikłany wysiękowym zapaleniem opłucnej.

Majewski stwierdził w swoich przypadkach, niepowikłanych wysiękowym zapaleniem opłucnej, że górna granica wypuku stłumionego leży wyżej przy silnym opukiwaniu płuc po stronie chorej, a niżej przy opukiwaniu słabym. Objaw ten tłumaczy on w ten sposób, że przy ropniu podprzeponowym najwyżej podniesioną częścią przepony jest jej kopuła, pomiędzy nią a ścianą klatki piersiowej może być wciśnięty, albo przytrzymany zrostami brzeg płuca, powodujący zmianę wypuku wyżej opisaną, (odwrotnie zaś zachowuje się wypuk przy wysięku z opłucnej), która najwyraźniej występuje w linii pachowej środkowej. Osłuchiwanie klatki piersiowej przy ropniu podprzeponowym nie daje zazwyczaj żadnych danych, które przemawiałyby za zmianami chorobowymi w płucach lub opłucnej. Zwykle szmery oddechowe pęcherzykowe, istniejące w miejscu o wypuku jawnym, znikają w miejscu stłumienia. Dolna granica wypuku jawnego obniża się przy głębokim wdechu, przy czym szmery oddechowe są wtedy słyszalne poniżej dawnej dolnej granicy wypuku jawnego (Leyden), w przeciwieństwie do obrazu przy wysięku opłucnowym.

Drżenie głosowe, utrzymane w górnych częściach płuc (w miejscu wypuku jawnego), znika zupełnie w miejscu przytłumienia. Tarcia opłucnowego zazwyczaj nie stwierdza się, a jego obecność przemawia za powikłaniem w postaci zapalenia opłucnej. Przy ropniu podprzeponowym zawierającym gaz można wykazać w miejscu wypuku bębenkowego podźwięk metaliczny, a nawet pluskanie.

Z badań dodatkowych, które mogą mieć znaczenie dla rozpoznania ropienia w przestrzeni podprzeponowej wymienić należy: a) badanie krwi, b) nakłucie próbne oraz c) badanie rentgenowskie.

Przy badaniu krwi można wykazać zwiększenie ilości ciałek białych i to nieraz nawet b. znaczne, gdyż do kilkudziesięciu tysięcy w 1 mm^3, przy czym stwierdza się w obrazie krwi przesunięcie na lewo. Obecność zwiększonej znacznie liczby ciałek białych przy współistnieniu podniesionej ciepłoty ciała budzi zwykle podejrzenie na istnienie ogniska ropnego w ustroju. Z drugiej jednak strony brak zwiększonej liczby ciałek białych lub nieznaczne tylko jej zwiększenie nie wykluczają bezwzględnie istnienia ropienia. *Nakłucie próbne* ma stosunkowo małe znaczenie dla samego rozpoznania, gdyż pozwala jedynie na stwierdzenie wysięku zapalnego, nie rozstrzygając bynajmniej, czy jest on umiejscowiony nad, czy pod przeponą. Już dawno Feuerbringer (1889 r.) starał się wyzyskać próbne nakłucie dla ułatwienia rozpoznania ropnia podprzeponowego, zwrócił uwagę, że przy nakłuciu próbnym strzykawka lekko trzymana w dłoni wykonuje ruchy zależne od ruchów przepony. Ponieważ nakłucia dokonywano dość wysoko, zostawała przy tym przebita przepona przez igłę, a ruchy przepony udzielały się wbitej igle, skąd przenosiły się na strzykawkę, powodując podnoszenie się jej przy wdechu, a obniżanie się przy wydechu. Na objaw ten zwrócił również uwagę Chełchowski (1893 r.), opisując 2 przypadki, w których udało mu się ten objaw wywołać. Objaw ten nie jest stały, bo przepona przy ropniu podprzeponowym zostaje wcześnie unieruchomiona, jednak nie da się zaprzeczyć, że w bardzo wczesnym okresie ropnia objaw ten może występować, a mianowicie wtedy, gdy nakłuwa się klatkę piersiową nieco wyżej, przebijając równocześnie przeponę. Brak tego objawu nie ma jednak większego znaczenia. Dla przekonania się, czy ropienie toczy się nad, czy pod przeponą łączono igłę wkłutą przy próbnym nakłuciu z manometrem, przy czym wzrost ciśnienia przy wdechu a obniżanie się przy wydechu miały przemawiać za obecnością ropienia w przestrzeni podprzeponowej. Miejsce, w którym powinno się robić próbne nakłucie, nie jest ściśle określone. Nakłuwano klatkę piersiową z różnych stron: z przodu, z boku i z tyłu. Kijewski (1894 r.) wykonywał próbne nakłucie z przodu klatki piersiowej w 8 przestworzu międzyżebrowym między linią sutkową a pachową przednią. Długość igły była dość znaczna, gdyż miała ona przejść nie tylko przez klatkę piersiową, ale także przebić przeponę i dostać się do przestrzeni podprzeponowej. Przy nakłuwaniu z przodu od strony brzucha wprowadzał igłę bezpośrednio pod łuk żebrowy prawy i kierował ją skośnie ku górze, by w ten sposób ominąć nie zajętą jeszcze przez ropienie otrzewnę i trafić wprost do jamy ropnia. Unger (1923 r.) poleca wykonywanie próbnego nakłucia z boku klatki piersiowej tak po prawej, jak i lewej stronie poniżej VIII, IX lub X żebra, uważając również za bezpieczne robienie nakłucia próbnego z przodu w okolicy sklepienia przepony. Przy nakłuciu z boku w zakresie piątego do ósmego międzyżebrza (przy istniejącym stłumieniu), otrzymany płyn surowiczy, czy surowiczo-ropny pochodzi z jamy opłucnowej, płyn z niższych przestworów międzyżebrowych może pochodzić zarówno z opłucnej, jak i z ropnia podprzeponowego.

Ochsner Alton i Amos Graves (1933 r.) radzą robić próbne nakłucie w tyle, poniżej XII żebra, by w ten sposób uniknąć zakażenia opłucnej albo otrzewnej; igłę wkłuwa się przy stałej aspiracji ku przodowi i ku górze. Zdaje się, że każde miejsce tak z przodu, z boku, jak i z tyłu klatki piersiowej może być dobre do nakłucia, o ile tylko odpowiada umiejscowieniu się ropnia. A teraz podnieść należy jeszcze zagadnienie dużej wagi, czy przy ropniu podprzeponowym należy w ogóle wykonywać nakłucia próbne.

Obok autorów, którzy uważają nakłucie próbne za zabieg bezpieczny, nieszkodliwy dla ustroju, a nawet obojętny dla chorego nie brak także zagorzałych przeciwników, którzy przestrzegają bezwzględnie przed nakłuciem próbnym. Do tych ostatnich należą Quibal, Rehn, Whiple, Ochsner, Graf, Schwarz, Janz, Gerhard, Russel, Kollmann.

Nie da się zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach, trudnych do rozpoznania, nakłucie próbne może być koniecznym zabiegiem i musi być wykonane z tym zastrzeżeniem, że bezpośrednio po nakłuciu powinno się wykonać zabieg operacyjny; na takie rozwiązanie zagadnienia godzą się wszyscy jednomyślnie z tym, że igła pozostawiona przy nakłuciu próbnym ma służyć jako drogowskaz przy samym zabiegu operacyjnym. Płyn wydobyty przy próbnym nakłuciu zachowuje się dość rozmaicie: wykazuje cechy wysięku surowiczego lub też ropnego. Ropny wygląd płynu, jego barwa i zapach nie są również bez znaczenia dla ustalenia punktu wyjścia dla sprawy ropnej. Zabarwienie żółtaczkowe płynu przemawia za wątrobowym pochodzeniem ropienia. Cuchnący, gnilny zapach cechuje ropę pochodzącą z przewodu pokarmowego, zwłaszcza jelit (wyrostek robaczkowy). Przy przebiciu wrzodu żołądka ropa gromadząca się w przestrzeni podprzeponowej może mieć zapach kwaśny a nawet zawierać resztki niestrawionego pokarmu. Badanie bakteriologiczne płynu może wykazać pałeczkę okrężnicy, ziarenkowce lub łańcuszkowce lub prątka duru brzusznego, w wyjątkowych razach może płyn uzyskany przy nakłuciu być zupełnie jałowy.

Badanie rentgenowskie jest badaniem pomocniczym, które uzupełnia badanie kliniczne, pozwalając czasami na rozpoznanie ropnia podprzeponowego nawet w tych przypadkach, w których wynik badania jest ujemny lub też stanowi uzupełnienie niepewnych objawów klinicznych, przechylając szalę na korzyść rozpoznania ropnia podprzeponowego. Badanie rentgenowskie zaczyna się zwykle dokładnym prześwietleniem jamy brzusznej; jeżeli przy tym znajdzie się w jamie brzusznej powierzchnię płynu, co do której nie mamy pewności, czy nie pochodzi z przewodu pokarmowego, to musi się dokładniej określić jej umiejscowienie, przekonujemy się o tym przez podanie kilku łyżek baru, by wykluczyć pochodzenie żołądkowe sprawy. Ze stanowiska rentgenowskiego dzieli się ropnie podprzeponowe na zawierające gaz oraz na takie, które gazu nie zawierają. Przy ropniach podprzeponowych, nie zawierających gazu, można stwierdzić wysokie ustawienie przepony, gorszą jej ruchomość albo całkowite jej unieruchomienie, a dalej ruchy paradoksalne. Wysokie ustawienie przepony, jej gorsza ruchomość zależne są od wielkości ropnia, od jego położenia oraz od czasu trwania sprawy chorobowej (przy dłużej trwającym ropieniu przychodzi do uszkodzenia mięśnia przeponowego, stąd gorsza ruchomość lub unieruchomienie przepony (Harttung)). Ograniczenie ruchów przepony może być również następstwem odruchu bólowego, występując nawet przy kolce żółciowej (Schmidt, Westfal). Kąt przeponowo-żebrowy bywa jasny; jedynie wskutek dłuższego trwania choroby może przyjść do jego zaciemnienia przez wysięk opłucnowy. Ruchy paradoksalne przepony występują przy porażeniu przepony (nerw przeponowy), przy zaburzeniach równowagi ciśnienia między klatką piersiową a jamą brzuszną (odma piersiowa, wielkie wysięki w opłuc-

nej) oraz przy zwiotczeniu mięśni przepony lub przy ich uszkodzeniu (*relaxatio*, zrosty opłucnowe, otok opłucnowy). Przy wszystkich tych sprawach może występować wdechowe wędrowanie śródpiersia. Przy badaniu rentgenowskim powinno się badać w kilku kierunkach tak przy staniu, jak i leżeniu oraz pozycji bocznej; (wskazana tu jest ostrożność, gdyż przy świeżych zrostach zdarza się niekiedy ich przerwanie i wytworzenie się zapalenia otrzewnej). Trudności rozpoznawcze powstają wtedy, gdy ropień podprzeponowy nie zawiera gazu i towarzyszy mu sympatyczne zapalenie opłucnej. Wtedy znika cień pochodzący od przepony tak przy prześwietlaniu, jak i zdjęciu. Czasem ropień podprzeponowy jest tak olbrzymi, że zajmuje całe pole płucne, wtedy jednak górna granica zaciemnienia przebiega łukowato, odpowiednio do kopuły podniesionej przez wysięk przepony, a nie poziomo (jeżeli nie ma powikłania ze strony opłucnej). Przy braku powierzchni płynu, przy istniejącym nadal podejrzeniu na ropień podprzeponowy radzą usunąć nieco płynu przez nakłucie próbne, a na to miejsce wpuścić powietrze, wtedy można nieraz rentgenologicznie wykazać poszczególne „kieszenie" zajmowane przez ropienie odpowiadające wyżej wymienionym przestrzeniom podprzeponowym. W przypadkach wątpliwych powinno się przy badaniu rentgenowskim uwzględnić badanie kliniczne, a dalej robić zdjęcia kontrolne 1—2 razy tygodniowo w różnych kierunkach. Różnica pomiędzy ropniem podprzeponowym a ropieniem nad przeponą na obrazie rentgenowskim polega na tym, że górna powierzchnia zaciemnienia przebiega przy ropieniu w klatce piersiowej poziomo lub skośnie, a przy ropieniu podprzeponowym bywa ona nieco łukowata (de Quervain). Przy ropniu podprzeponowym zawierającym gaz, obraz rentgenowski jest jasny, gdyż mamy powierzchnię płynu z banią gazową ponad nią. Powierzchnia płynu może wykazywać ruchy faliste przy wstrząsaniu chorym. Wziąć go można za banię żołądka, za banię pochodzącą z zagięcia wątrobowego okrężnicy, a po stronie lewej za zwiotczenie przepony oraz za przepuklinę przeponową. Banię gazową żołądka można wykluczyć przez podanie masy kontrastowej, a zgięcie wątrobowe okrężnicy rozdęte i przemieszczone wykazuje wypuklenia okrężnicy (*haustra)*.

Zejście ropnia podprzeponowego jest zwykle niepomyślne, o ile nie wykona się wcześnie zabiegu operacyjnego. Nie da się jednak zaprzeczyć, że samowyleczenia ropnia, choć rzadkie, są możliwe, a zdarzają się w tych przypadkach, w których nagromadzony w przestrzeni podprzeponowej wysięk ma charakter surowiczy. Korzystny przebieg ropnia może być następstwem przebicia do sąsiednich narządów i opróżnienia się ropnia tą drogą. Ropień może opuścić się ku dołowi aż do miednicy małej i przebić do pęcherza lub do odbytnicy. Przebicie ropnia do tych narządów poprzedzają zwykle napady bólu o charakterze kurczowym, połączone z parciem na stolec lub mocz. Przy przebijaniu do odbytnicy miewa chory częste parcie na stolec, stolce są śluzowe, a nawet mogą zawierać domieszkę krwi. Po przebiciu ropnia wypróżnienia przybierają charakter śluzowo-ropnych lub też czysto ropnych. Po przebiciu do pęcherza częste parcie na mocz zmniejsza się, ból łagodnieje lub nawet ustępuje i przychodzi do oddawania moczu mętnego lub nawet czysto ropnego. Do korzystnych zejść ropnia należy zaliczyć również przebicia ropnia pod skórę, wywołanie odczynu zapalnego w otaczającej tkance i następowe przebicie na zewnątrz. Jak widać, zejście ropnia podprzeponowego może być następujące: a) cofnięcie się *ad integrum* sprawy zapalnej bez przebicia do sąsiednich jam czy narządów, b) przebicie ropnia pod skórę, c) do jamy brzusznej oraz d) do klatki piersiowej. Przebicie do wolnej jamy brzusznej wywołuje ostre objawy otrzewnowe połączone z zapadem, gorączką, szybkim tętnem oraz wymiotami. Powikłanie to jest niekorzystne i kończy się zazwyczaj śmiercią, podczas gdy przebicie do narządów jamy brzusznej może być zejściem korzystnym. Przebicie do wolnej jamy opłucnowej klatki piersiowej, występujące ostro bez wytwarzania się zrostów w jamie opłucnowej daje gwałtowne objawy zapadu, sinicy, duszności i gorączki oraz szybkie nagromadzanie się płynu. W tym stanie jedynie natychmiastowy zabieg może uratować chorego, chyba, że w wyjątkowych razach przyjdzie do ograniczenia się stanu zapalnego, które stanowi pewien rodzaj samoobrony ustroju. Powolne przebijanie do jamy opłucnej wywołuje odczynowe zapalenie opłucnej, połączone z wytwarzaniem się zlepów opłucnowych lub też nagromadzaniem się płynu zapalnego. Stan ten nie powoduje już wystąpienia tak gwałtownych objawów i może nawet prowadzić do opróżnienia się ropnia drogą oskrzeli i samowyleczenia lub też przychodzi do następowego ropienia w samych płucach, co stanowi już bardzo ciężkie i niekorzystne powikłanie. Przebicie do worka osierdziowego jest powikłaniem bardzo ciężkim i kończy się śmiercią.

Rozpoznanie ropnia podprzeponowego bywa bardzo łatwe lub też bardzo trudne. Przy dłuższym trwaniu ropienia objawy kliniczne ropnia podprzeponowego są tak wyraźne, że trudno wziąć je za inne schorzenia. Uwzględniając to, że ropień podprzeponowy jest schorzeniem najczęściej wtórnym musi się zwrócić baczną uwagę na zbierane wywiady. Sprawy zapalne przebyte lub toczące się w jamie brzusznej bywają przeważnie, bo w 75% przypadków, powodem ropienia w przestrzeni podprzeponowej, jak zapalenie wyrostka robaczkowego i dróg żółciowych oraz wrzody żołądka i dwunastnicy. Przy stawianiu rozpoznania musimy starać się o dwie rzeczy: 1) o stwierdzenie, czy mamy do czynienia z ropieniem, 2) czy ropienie toczy się pod, czy nad przeponą. Zagadnienie pierwsze jest zazwyczaj łatwiejsze, podwyższona ciepłota ciała, czasem charakterystyczna jej krzywa, zwiększenie ilości ciałek białych, przy uwzględnieniu ogólnego stanu chorego, przemawiają za ropieniem. Poza tym ogólne wyniszczenie ustroju, czasem ciężki ogólny stan potwierdzają przypuszczenie o istnieniu ogniska ropnego w ustroju.

Przy różniczkowym rozpoznaniu należy myśleć o ograniczonym zapaleniu opłucnej, o zapaleniu ropnym opłucnej z zawartością gazu (*pyopneumothorax)*, o bąblowcu wątroby lub śledziony, o ropniach trzustki, o przepuklinie przeponowej oraz o zwiotczeniu przepony. Ograniczone zapalenie wysiękowe opłucnej, zwłaszcza przeponowej może naśladować ropień podprzeponowy, wysięk opłucnowy przybiera wtedy w obrazie rentgenowskim kształt jaja, ustawionego pionowo, przy badaniu stwierdza się czkawkę oraz brak wdechowej przesuwalności granic, a w obrazie rentgenowskim powierzchnia zewnętrzna jest ostro odgraniczona od otaczającej tkanki płuc. Trudności rozpoznawcze może sprawiać otok ropno-powietrzny, który można wziąć za dobrze rozwinięty i dłuższy czas trwający ropień podprzeponowy tzw. *pyopneumothorax subphrenicus* Leydena. Tak przy jednej, jak i drugiej sprawie chorobowej mogą być przestwory międzyżebrowe wygładzone; znaczniej jednak przy otoku ropno-powietrznym klatki piersiowej, niż przy ropniu podprzeponowym. Pluskanie przy wstrząsaniu może być tak przy jednym, jak i drugim. Przy otoku ropno-powietrznym klatki piersiowej mamy znaczniejsze przemieszczenie narządów tak serca, jak i wątroby. Jeśli jednak połączyć igłę po nakłuciu próbnym z manometrem, to ciśnienie obniża się przy wdechu, a podnosi przy wydechu, w ropniu podprzeponowym ciśnienie zachowuje się odwrotnie, podnosząc się przy wdechu a obniżając się przy wydechu. Obraz rentgenowski przy tych dwóch sprawach jest różny, kąt przeponowo-żebrowy jest wolny przy ropniu podprzeponowym a zaciemniony przy sprawie toczącej się w klatce piersiowej. Górna powierzchnia zaciemnienia układa się poziomo przy otoku ropno-powietrznym, przy ropniu podprzeponowym zaś przepona przebiega kopulasto z kopułą zwróconą ku górze. Przy ropniu wątroby gorączka ma charakter zwalniającej, często połączona z dreszczami przy narastaniu ciepłoty, żółtaczka, wątroba jest powiększona ku górze, dolny brzeg nieznacznie tylko lub też zupełnie nie obniża się ku dołowi, a najwyższy punkt stłumienia znajduje się z przodu klatki piersiowej pomiędzy linią sutkową a pachową przednią. Nowotwory tak pierwotne, jak i przerzuty nowotworowe do wątroby mogą dawać objawy podobne do ropnia (cieplota ciała o charakterze zwalniającej, we krwi znacznie zwiększona ilość ciałek białych). Bąblowiec wątroby usadawiając się na górnej powierzchni wątroby podnosi przeponę i może stać się przyczyną pomyłek rozpoznawczych, zwłaszcza w tych razach, gdy przychodzi do zropienia torbieli bąblowca lub też do pęknięcia ściany zropiałego bąblowca. Rozróżnienie zropiałego bąblowca podprzeponowego od ropniaka opłucnej i ropnia podprzeponowego nie jest rzeczą łatwą, pomocnymi w rozpoznaniu stają się badania krwi (zwiększenie ilości ciałek białych, zwiększony procent kwasochłonnych, wiązanie dopełniacza) oraz obraz rentgenowski, który może wykazać zaciemnienie kuliste o ostrych granicach, odcinających się od otoczenia. Z innych spraw chorobowych wymienić jeszcze należy ropień trzustki, który może opuszczać się ku dołowi wzdłuż części zstępującej okrężnicy, lub też przebijać ku tyłowi w okolicy XII żebra, wywołując tutaj wypuklenie. Stan taki daje objawy ropnia okołonerkowego lub ropnia podprzeponowego. Przy ropniu trzustki jest górna część brzucha znacznie wzdęta. Podwyższona ciepłota, zwiększona ilość ciałek białych, ból w głębi brzucha ułatwiają rozpoznanie. Przepuklinę przeponową jest dość trudno wziąć za ropień podprzeponowy, gdyż jest to sprawa rozwijająca się dość nagle z ostrymi objawami żołądkowymi (silny ból, wymioty). Przy badaniu fizykalnym można stwierdzić przytłumienie, a nawet pluskanie , przy braku gorączki i zwiększonej liczby ciałek białych. Rozpoznanie ułatwia badanie rentgenowskie, które wykaże klepsydrowaty żołądek z dwiema powierzchniami pły-

nu. Zwiotczenie przepony występujące po stronie lewej można wziąć za ropień podprzeponowy, istnienie stłumienia, brak szmerów oddechowych, drżenia, ułatwiają powstanie tego rodzaju pomyłek. Przeciw temu przemawiają brak podwyższonej ciepłoty i zmian we krwi oraz ogólny stan chorego.

W następnym nr Pol. Gaz. Lek. przejdziemy do szczegółowego omówienia przypadków ropnia podprzeponowego, na podstawie materiału, zebranego na Oddz. Wewn. Męskim Państw. Szpitala Powsz. (Ordynator doc. dr Wincenty Czernecki) w latach 1926—1936. Dok. nast.

Dr Adam Szymon TENENBAUM. Łódź.

O odmie nienasyconej [1]).

Z Oddziału Gruźlicy Płuc Szpitala Miejskiego na Radogoszczu
Ordynator: Dr A. S. Tenenbaum,
i ze stacji odmowej Sekcji do Walki z Gruźlicą.
Ordynator: Dr A. S. Tenenbaum.

Przyjęcie, z jakim spotkała się w świecie lekarskim odma sztuczna, jako metoda lecznicza, podzielić można na dwa okresy. Pierwszy, obejmujący około 30 lat, oznacza — niewiarę, sceptycyzm, rezerwę, surową ocenę, obojętność.

Z początku stosowano odmę w nielicznych przypadkach, następnie w coraz szerszych zakresach, w coraz to nowych krajach. Statystyki ogłaszane w latach 1908—1912 mówią o kilku, kilkunastu lub kilkudziesięciu przypadkach. Brauer w Niemczech w r. 1908 mówi o 43 przypadkach, Kayser-Petersen o 14 przyp., Saugman o 42 przyp., Bauer i Kraus w Austrii w r. 1910 o 5 przypadkach, a w r. 1912 o 14 przypadkach, Sorgo o 45 przypadkach; Plaschke i Schur o 26 przyp., Dumarest we Francji w r. 1910 o 15 przyp., Balvay o 17 przyp.: w Szwajcarii Cournmont o 16 przyp., Burnand o 28 przyp.; u nas Sterling (1) w r. 1912 o 14 przyp., a w r. 1917 wraz z Dłuskim (2) o 87 przyp. (w tym 32 przypadki Dłuskiego). Największą liczbą przypadków, bo aż 163 w r. 1912 rozporządza sam Forlanini. Jeszcze w r. 1908 na Kongresie Internistów w Wiedniu metoda została ostro osądzona, pewnej życzliwości doznaje w 1909 r. w Niemczech, a dopiero w r. 1912 na Kongresie Przeciwgruźliczym w Rzymie znalazła całkowite uznanie, jako prawdziwy wielki postęp w leczeniu ciężkiej gruźlicy płuc. Od tego czasu zaczyna się tryumfalny pochód tej metody. W r. 1920 Maendl (3) mówi o 1.400 przypadkach, a statystyki obecne we wszystkich krajach rozporządzają dziesiątkami tysięcy przypadków. Jeżeli jeszcze w r. 1920 na 180 sanatoriów w 18 jeszcze nie stosowano odmy, to obecnie nie ma takiego sanatorium, w którym panującym środkiem leczniczym nie byłaby odma sztuczna.

I u nas, podobnie jak w innych krajach Europy, zaczyna się stosować odmę w latach 1908—1910. Sterling w Łodzi wprowadził ją do lecznictwa w r. 1910. Wojna i w Polsce, jak i wszędzie, stanowi tamę dla rozpowszechnienia metody.

Powoli i stale metodę zaczyna się stosować w coraz to szerszym zakresie. Gdy jeszcze w latach 1916—1921 w Łodzi stosowałem odmę obok Sterlinga w jednym Szpitalu im. Poznańskich, to dzisiaj stosuje odmę około 30 lekarzy prawie we wszystkich szpitalach łódzkich oraz w przychodniach Sekcji do Walki z Gruźlicą i w Ubezpieczalni Społecznej; rocznie w Łodzi wraz z dopełnianiem dokonywa się około 10.000 zabiegów, a liczba nowo założonych wynosi około 500 rocznie; w szpitalu na Radogoszczu na oddziale dla gruźlicy ciężkiej stosujemy obecnie odmę u 25—30% wszystkich chorych.

Zasłużone rozpowszechnienie metody Forlaniniego tłumaczy się nie dzięki szumnej reklamie, nie przebierającej często w środkach, jak to dzieje się z innymi metodami, a częściej jeszcze ze środkami leczniczymi. Metodę uznano za zasługującą do najszerszego stosowania dzięki temu, że przekonano się niejednokrotnie, że dzięki odmie powrócili do zdrowia ludzie dosłownie skazani dawniej na śmierć; dzięki temu zabiegowi ludzie dogorywający — ze zmianami bardzo rozległymi w płucach, z dużymi jamami, wysoko gorączkujący, wyniszczeni — szybko powracali do zdrowia. Metoda ta wywołała prawdziwą rewolucję w leczeniu ciężkich postaci gruźlicy płuc. Przy żadnej z dotychczasowych metod nie widziano w stanie zdrowia ciężko chorych zmian tak wybitnych i w tak krótkim czasie.

Strona techniczna metody Forlaniniego wymaga od lekarza wiele wiedzy i umiejętności; od stopnia posiadania tych własności przez lekarza zależy wynik skuteczny leczenia. Metoda uciskowa stawia przed lekarzem codziennie do rozstrzygnięcia szereg nowych zagadnień. Zagadnień takich jest mnóstwo. Śmiało można powiedzieć, że w każdym prawie przypadku spotykamy się z tym lub innym zagadnieniem, a częściej jeszcze z wieloma z tych zagadnień. Dają one pracy lekarza szeroką wielostronność, której brak cechuje dotychczasowe leczenie gruźlicy płuc. Wiele z tych zadań jest niezmiernie trudnych do spełnienia. Nawet najbardziej doświadczony lekarz, obznajomiony ze wszystkimi tajnikami techniki, podczas stosowania odmy sztucznej spotyka się ze zjawiskami zupełnie zdawało by się niezrozumiałymi, czasami wręcz fantastycznymi. Do takich zjawisk należy m. in. zagadnienie odmy nienasyconej. Żaden z pomysłów dotychczasowych, żadna z teorii nie wyświetla tego niezmiernie ważnego zagadnienia. Pomimo wielu poglądów i rozumowań nie mamy dotychczas odpowiedzi, czym są te zjawiska, czym się tłumaczy ich powstawanie, gdzie leży przyczyna, że stwierdzamy je w tym a nie innym przypadku. Wzmianki o tych zjawiskach znajdujemy rozsiane w piśmiennictwie zarówno polskim, jak i cudzoziemskim już od dawna, ale R. Burnand (4) był pierwszy, który te tajemnicze zjawiska opisał w niewielkiej ale bardzo interesującej pracy i nadał im nazwę *„Pneumothorax insatiable"*, „odma nienasycona". Nazwa również fantastyczna jak samo zjawisko, nie wyjaśniająca nic i nic zgoła nie tłumacząca, nazwa nie odpowiadająca prawdziwości zjawiska; ujemna nazwa „nienasycona" byłaby czymś wręcz odmiennym od odmy „nasyconej", tymczasem ta nazwa nie istnieje ani w rzeczywistości, ani w mianownictwie. Mamy odmę całkowitą, doskonałą, istotną, zupełną. Wszystkie te nazwy wyrażają fakt, że mamy płuco uciśnięte w stopniu dużym, unieruchamiającym zupełnie płuco, osiągając dobry wynik leczniczy; ale nie ma tam mowy o nasyceniu „odmy". Dążymy do wyleczenia płuc, a nie do „nasycenia" odmy. Pod odmą leczniczą rozumiemy zbiornik gazu lub powietrza znajdujący się pośród listków opłucnej ściennej i płucnej; zbiornik ten stosownie do nazwy wprowadzonej przez Burnanda miałby wyrażać swą wolę, w jednym przypadku — mówiąc obrazowo — miałby apetyt lub pragnienie (zresztą nazwa — pijaczka opłucnowa została podana przez Ascoli'ego) bezgraniczne, którego nie można nasycić w innym nasyciłby się znikomą ilością powietrza. Nazwa ta jednak przyjęła się powszechnie *(pneumothorace insatiabile* — Włochów, *unersättlicher pneumothorax* Niemców). Zainteresowanie się zjawiskiem odmy nienasyconej pomimo, że jest ono niezmiernie ważne, było stosunkowo niewielkie, aczkolwiek należało by się spodziewać czegoś wręcz przeciwnego, chociażby z punktu widzenia praktycznego; wszak każdy lekarz, stosujący odmę, musi się zastanowić, z czym ma do czynienia, musi zadać sobie pytanie, co zaszło w danym przypadku wdmuchania powietrza; wprowadził bowiem do opłucnej 300,0, 400,0, 500,0, 600,0 i więcej powietrza, a gdy prześwietlił chorego nie stwierdził żadnego ucisku płuca, lecz tylko ledwie dostrzegalną odmę sztuczną, a gdy prześwietlił powtórnie po kilku dniach nie spostrzegł zupełnie obecności powietrza.

Lekarz praktyk musi znaleźć odpowiedź, z czym ma do czynienia, ale odpowiedzi nie znajduje; zadawalnia się tym, że zjawisko to nazwane zostało odmą nienasyconą. Uczono go myśleć pojęciami realnymi i posługiwać się prawami z dziedziny fizyki; wie, że z cylindra aparatu wprowadził do opłucnej 500 cm³ powietrza, tymczasem w opłucnej stwierdza ślady powietrza lub wcale go nie znajduje; w opłucnej tj. drugim cylindrze w danym przypadku powinno być tyle, ile wprowadzono, a jednak powietrza tego nie ma zupełnie, albo tylko część wprowadzonego powietrza. Mamy więc zjawisko metafizyczne. Lekarz musi się zastanowić, jak ma postępować w danym przypadku czy przedłużać stosowanie odmy, czy też zaprzestać jej stosowania; czy zmienić miejsce, czy wprowadzać większe ilości, czy zastosować środki pomocnicze.

Najwięcej stosunkowo prac zagadnieniu odmy nienasyconej poświęcili Włosi, następnie Francuzi, dalej autorzy polscy i rosyjscy, najmniej spotyka się prac niemieckich i angielskich. Zainteresowanie to było większe zaraz po ogłoszeniu pracy Burnanda, następnie zmniejszało się coraz bardziej; czasami nie spotyka się żadnej wzmianki wśród piśmiennictwa światowego w ciągu całego roku i dłużej.

Główne cechy odmy nienasyconej — podług Burnanda — są następujące. Odmę zakłada się z łatwością, nie spotyka się żadnych zrostów, stanowiących przeszkodę dla wytworzenia ucisku płuca; wahania manometryczne ani przed założeniem, ani podczas zabiegu, ani też po zabiegu nie przedstawiają nic szczególnego (ujemne z początku, są mniej ujemne lub nawet do-

---

[1]) Wygłoszone na wspólnym posiedzeniu Tow. Lekarskiego Łódzkiego i Oddziału Łódzkiego im. Sew. Sterlinga Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych Gruźlicy w dniu 5 maja 1937 r.

datnie w końcu); ilości wprowadzonego powietrza, które są zazwyczaj dostateczne dla osiągnięcia ucisku — tutaj dają przy bezpośrednim prześwietleniu odmę niewielką, niestałą, chwiejną, która utrzymuje się w ciągu krótkiego czasu. Przy każdym nowym wdmuchiwaniu jesteśmy jakby na początku wytwarzania odmy, wprowadzamy instynktownie coraz większe ilości powietrza wbrew zwyczajowi do 1000 i więcej cm³ i jednak po kilku dniach lub nazajutrz znowu nie stwierdzamy obecności powietrza. Jest to „prawdziwa odma Danaid", mówi Burnand. Zastanawiające jest to, że pomimo problematycznego, wątpliwego ucisku skutek leczniczy O. N.[2]) jest jednak dodatni i osiąga się bardzo często wyleczenie. Ujemnymi cechami O. N. są: brak zdolności do szybkiego zabliźnienia schorzałej części płuca oraz obawa powstawania przedwczesnych zrostów opłucnowych, jako skutek częstych dopełnień. Inni autorzy dodali do opisu Burnanda swoje spostrzeżenia, rozszerzyli pojęcie O. N., np. niektórzy, wprawdzie nieliczni, twierdzą, że nie widzieli w części przypadków O. N. tuż po wdmuchiwaniu podczas prześwietlenia ani śladu odmy (Tomanek, D'Angello oraz mój przypadek). Podług innych znowu stwierdzono przy O. N. cechy, których Burnand nie widywał. Popławska (5) np. uważa za cechę istotną brak skłonności do tworzenia wysięków. Widziała na 25 chorych wysięk u jednej osoby, tj. w 4%, podczas gdy w odmach zwykłych wysięki zdarzają się od 50% do 100%. Podług Burnanda zaś wysięki, które przy O. N. powstają, są bardzo pożądane, gdyż z chwilą zjawienia się zmieniają całkowicie O. N. na zwykłą. Inni jeszcze zaczęli klasyfikować O. N., zaczęli dzielić O. N. na wczesną (właściwą opisaną przez Burnanda) i wtórną lub późniejszą (Bühn i Oxner). O. N. pierwotna, wczesna, klasyczna ma być taką, w której od samego początku nie można było dopatrzyć się wytworzenia się odmy dostatecznej, stałej, uciskającej płuco w stopniu dostatecznym dla osiągnięcia ucisku płuca. Odma nienasycona wtórna (lub późniejsza) jest to taka odma, która przez pewien nawet dłuższy okres czasu (rok - dwa) ma charakter zwykłej odmy, a więc płuco zapada się — powietrze w opłucnej otacza zapadnięte płuco w postaci szerokiego płaszcza; wdmuchiwania nie wymagają częstych zabiegów, trwa tak rok nawet dwa i któregoś dnia przy prześwietleniu spostrzegamy, że gaz się ulotnił, wprowadzamy nową dawkę, prześwietlamy — i widzimy rąbek odmy pomimo wprowadzania coraz większej ilości gazu, — jednym słowem tworzy się O. N. O ile O. N. pierwotna sama przez się przedstawia coś zadziwiającego, to przy O. N. wtórnej mamy do czynienia ze zjawiskiem uderzającym, fantastycznym.

Wszyscy bowiem autorzy za Burnandem twierdzą, że O. N. z czasem traci swe własności, po dłuższym okresie czasu wreszcie powstaje odma prawidłowa, gdyż porowatość opłucnej, którą Burnand uważa za główną przyczynę powstawania O. N., z czasem staje się coraz mniejsza, opłucna wskutek drażnienia przez gaz staje się jakby wygarbowana. W O. N. wtórnej (późniejszej podług Bühna i Oxnera) mamy warunki odwrotne, opłucna prawidłowa stała się naraz przepuszczalna, a więc jeszcze większe pomieszanie pojęć, jeszcze większy chaos. Przypadki takie jednak istnieją i sam je widywałem niejednokrotnie dawniej i obecnie. Znam obecnie przypadek, dotyczący 22-letniego młodzieńca, który otrzymuje odmę od 4 lat. Z początku w ciągu dwóch lat odma prawidłowa. Wprowadzano podczas wdmuchiwania 500—600 cm³ powietrza najpierw co tydzień, następnie co dwa, co trzy, wreszcie co 4 tygodnie. Powstała odma całkowita, duża; samopoczucie chorego bardzo dobre. Jama duża, istniejąca przed założeniem, uległa zabliźnieniu. W trzecim roku, gdy myślano już o zakończeniu leczenia, chory poczuł się gorzej, zaczął chudnąć, kaszleć. Od tego czasu odma po 2-tygodniowych okresach po wprowadzeniu zwykłych dawek nie dawała obrazu wyraźnej odmy lub bardzo małą, przybrzeżną. Zaczęto dawki powiększać i stosować co tydzień i następnie 2 razy w tygodniu i wprowadzać 800—1000 cm³ powietrza i nigdy nie osiągnięto większej odmy. Przy prześwietlaniu zamiast dużego płaszcza powietrznego obejmującego płuco, zauważono niewielki rąbek odmowy, zawierający znikomą ilość powietrza. Do tego podziału dodałbym jeszcze podział na O. N. prawdziwą i rzekomą. Prawdziwe — to typowe odmy nienasycone Burnanda. Do O. N. rzekomych należy zaliczyć odmę niewidoczną lub odmę zamaskowaną. Mamy tu znowu do czynienia z postaciami niezwykłymi odmy. Z odmą nienasyconą nie mają właściwie nic wspólnego, chyba tylko tyle, że są dzięki błędnym rozpoznaniom za takie uznawane. Są podobne na pierwszy rzut oka przy prześwietlaniu. Odma niewidoczna będzie to taka postać odmy, przy której wprowadzone powietrze nie ulatnia się jak przy O. N., znajduje się ono w opłucnej, a my jednak nie wykrywamy go przy prześwietlaniu zwykłym przednio-tylnym. Należy wtedy podług Pruvosta i Henriona (7) prześwietlić w różnych położeniach, najlepiej w pozycji skośnej lub też w tymże celu należy również podług tych autorów wprowadzić do opłucnej 5,0 lipiodolu; dzięki tym dwom zabiegom odma niewidoczna staje się zupełnie wyraźna; dzięki lipiodolowi i bocznemu prześwietleniu możemy wykryć również prawdziwe rozmiary odmy zamaskowanej, która przy zwykłym prześwietleniu wydaje się nam czasami znikoma, ledwie dostrzegalna, a po wprowadzeniu lipiodolu określamy całkowitą objętość tej zamaskowanej odmy, która często ku naszemu zdumieniu jest bardzo dużą (8). Odmę niewidoczną spotyka się niezbyt rzadko w przebiegu odmy sztucznej, rzadziej widzimy ją w przebiegu odmy samoistnej.

Odma niewidoczna i zamaskowana jest to podług Pruvosta i Henriona odma częściowa, czasami to tzw. kieszeń opłucnowa o granicach określonych. Przyczyną zamaskowania jest takie ustawienie brzegu tkanki płucnej, które rzucone na ekran zakrywa znajdujące się w opłucnej powietrze i nie pozwala podejrzewać obecności odmy.

W pracy mojej (wraz z Reiterowskim (9)) z r. 1930 tłumaczymy sobie odmę niewidoczną jako skutek ułożenia się powietrza w postaci płaskiego płaszcza na przedniej lub tylnej powierzchni jamy opłucnowej. Burnand widzi przyczynę odmy zamaskowanej w tym, że znajduje się ona wśród zrostów dużych bądź to zrośniętych na całej przedniej powierzchni płuca, bądź to na całej tylnej powierzchni płuca i otaczających zewsząd wprowadzone powietrze. Zagadnienie odmy niewidocznej albo zamaskowanej (pomimo, że dzięki pracom Pruvosta, Henriona i Meyera można je stwierdzić i określić nawet jej granice) wymaga jeszcze ścisłego ustalenia samej istoty zjawiska, a zwłaszcza wyjaśnienia przyczyny powstawania. Do odm rzekomych zaliczyłbym również odmę sztuczną częściową. Odma taka nie ma również nic wspólnego z O. N. Powietrze w odmie częściowej utrzymuje się i nie ulatnia się; odma jest mała dlatego, że wprowadzono powietrza niewiele, gdyż manometr wskazuje szybko wartości dodatnie, a zrosty opłucnowe nie pozwalają opłucnej na odklejenie się na większej powierzchni. Obok postaci odm nienasyconych rzekomych należy pamiętać jeszcze o możliwości istnienia błędów technicznych, gdyż mogą one również maskować O. N. Do błędów takich należą: 1) wprowadzanie powietrza do tkanki płucnej; 2) przedziurawienie płuca szerokie i trwałe, które łatwo rozpoznać dzięki wahaniom manometrycznym; w przypadkach takich niezależnie od ilości wprowadzonego powietrza, czasami bardzo znacznej, otrzymujemy wahania zawsze bliskie 0; Roentgen wyjaśnia natychmiast, z czym mamy do czynienia; widzimy, że płuco jest zapadnięte, że powstała odma samoistna. Tomanek uzupełnił te błędy przez dodanie jeszcze odmy podopłucnowej (10).

Już co do częstości spotykanych przypadków O. N. istnieje duża rozbieżność zdań. Burnand uważa O. N. za zjawisko częste, bo aż w 10% wszystkich przypadków. Popławska w swej znakomitej pracy, jednej z najlepszych poświęconych zagadnieniu O. N., zalicza je przeciwnie do rzadkich, naliczyła bowiem 25 przypadków O. N. na 2.000 osób, a więc w 1,25%; Tomanek widział 6 przypadków, D'Angello (11) — 6 przypadków, w tym jeden przypadek O. N. wtórnej; Magliulo (12) 4 przypadki; Lucacer (13) — 8 przypadków na 122 przyp., tj. 6,5%; Schwarz (14) podaje liczby przewyższające jeszcze liczby podane przez Burnanda, bo aż 12% do 15%, natomiast Bonnano (15) podaje 4 przypadki, B. Epstein (16) — 2 przypadki, a D. Epstein (17) opisuje jeden przypadek; Dumarest widział kilka przypadków; a więc podług jednych zjawisko częste, podług innych — niezmiernie rzadkie. Tę olbrzymią rozbieżność tłumaczę sobie różnicą zapatrywań autorów na istotę O. N.; podług Burnanda odmę należy uważać za O. N. wtedy, gdy po 4—5 dopełnieniach nie osiągamy ucisku płuca; prawdopodobnie inni zaliczają do N. O. takie, kiedy nie widzą ucisku po 2—3 dopełnieniach, inni znowu do O. N. zaliczają każdą małą częściową odmę, gdy takową stwierdzają po 2—3 dopełnieniu; gdyby za O. N. uważać tylko przypadki, podobne do opisanego niżej przeze mnie, to ilość O. N. byłaby niezmiernie rzadka. I takie przypadki właściwie są to przypadki O. N. prawdziwej i tutaj zgadzam się z autorami, którzy zaliczają O. N. do rzadkich zjawisk. Za rzadkością przemawia najlepiej fakt, że szereg autorów opisuje przypadki O. N. bądź to wyjątkowo, bądź to po kilka przypadków. Przypadek mój dotyczy Ch. B., który przybył do szpitala na Radogoszczu w kwietniu 1936 r. Wobec dużych zmian jednostronnych założono odmę po stronie prawej; wprowadzono 300 cm³ powietrza

[2]) O. N. = odma nienasycona.

przy wahaniach $\frac{80-40}{-20-0}$; prześwietlenie nazajutrz nie wykazało obecności powietrza. Zastosowano nowe dopełnienie, wprowadzono 500 cm³ powietrza przy wahaniach $\frac{-80-40}{-20-0}$; po 24 godzinach Roentgen nie wykrył obecności powietrza; trzecie wprowadzenie 700 cm³ powietrza przy wahaniach $\frac{-80-40}{-20-0}$, znowu nie wykryto obecności powietrza; wprowadzono po raz czwarty jeszcze więc — 900 cm³ powietrza przy wahaniach $\frac{-70-30}{-20-0}$ prześwietlono tuż po zabiegu i nie wykryto ani śladu powietrza. Zabiegów w szpitalu dokonano 8; jeden po wypisaniu ze szpitala i od 4 ponownych wdmuchiwań prześwietlano tuż po zabiegu i ani razu nie stwierdzono śladu odmy; prześwietlań dokonano w różnych pozycjach — z przodu, z tyłu, w pozycjach skośnych. Podobne opisy muszą należeć do rzadkości i mają w sobie rzeczywiście coś dziwnego.

Teorii, tłumaczących powstawanie O. N. jest cały szereg. Sam Burnand uważa, że przyczyną powstawania O. N. jest przepuszczalność opłucnej; ścianka takiej opłucnej ma być nadmiernie porowata. Zmiany w płucach w przypadkach O. N. mają być niewielkie; są one usadowione bądź to w szczycie bądź w okolicy międzypłatowej lub w okolicy wnęki; stwierdza się zazwyczaj niewielką jamę bez nacieczenia tkanki naokoło jamy; jama jest zazwyczaj charakteru wczesnego, świeżego, pozostałe części płuca są nieuszkodzone i zachowują swe własności czynnościowe. Roentgen nie wykrywa w nich zmian; ma się wrażenie, że mamy do czynienia z płucem zdrowym o własnościach fizjologicznych normalnych; opłucna i korowa powierzchnia płuca wraz z prawidłowym ukrwieniem włoskowatym wykazuje niezmiernie czynne i duże wchłanianie się gazu; potwierdzeniem tego ma być przypadek Jaqueroda, w którym u człowieka zdrowego mylnie leczonego odmą sztuczną stwierdzono O. N.

Rozumowanie Burnanda nie jest zupełnie słuszne; pomijam już pytanie, czy w przypadkach z niewielkimi zmianami należy w ogóle stosować odmę leczniczą; (mój przypadek dotyczył bardzo ciężko chorego, z bardzo rozległymi zmianami wysiękowo-włóknistymi całego prawego płuca, z dużą jamą w płacie dolnym, z dużymi nacieczeniami okołojamowymi (chory w cztery miesiące po wypisaniu ze szpitala zmarł z powodu powikłania w postaci nerczycy i gruźlicy jelit). Niezgodnie z przypadkiem Jaqueroda opisano przypadki odmy prawdziwej całkowitej w płucu zdrowym; przypadki takie stwierdzono wtedy, kiedy powietrze wprowadzono zamiast do opłucnej płuca chorego — do płuca zdrowego; dalej dokonywano doświadczeń na ludziach zdrowych (Sieper); dokonywano również doświadczeń na zwierzętach; doświadczenia te nie potwierdziły poglądów Burnanda, by odma tak szybko się ulatniała. Lucacer (18) stosując w trzech przypadkach drugostronną odmę pomocniczą, tj. wprowadzając do płuca drugiego powietrze — potwierdza wprawdzie poglądy Burnanda, lecz zdaniem jego szybkość wchłaniania z płuca zdrowego jest indywidualna, po pewnym czasie w płucu zdrowym otrzymuje się odmę dostatecznie uciskającą płuco.

W innej pracy Ascoli'ego i Lucacera (19) mówi się o odmie po stronie zdrowej, tzw. kontrlateralnej w przypadkach, kiedy nie można założyć po stronie chorej odmy, ani nie można zastosować bądź to torakoplastyki, bądź to apikolizy lub plomby — autorzy nie wspominają nic o szybkości ulatniania się powietrza z płuca zdrowego.

Ten sam Lucacer, który widział rzekomo w płucu zdrowym zjawisko O. N., nie zadawalnia się teorią Burnanda o przepuszczalności opłucnej; chce obok tej przepuszczalności widzieć jeszcze drugą przyczynę, mianowicie hipertonię n. błędnego, która ma wywoływać skurcz oskrzeli z jednoczesnym rozszerzeniem pęcherzyków płucnych.

Bonnano uważa również za przyczynę O. N. wzmożone napięcie nerwu błędnego. Tego zdania jest również Iraci a także Ascoli. Tomanek nie zgadza się z poglądami Burnanda i Lucacera. Podług Tomanka w niektórych przypadkach O. N. przyczyna leży w urazie płuca; w innych znowu przypadkach przyczyną może być odma podopłucnowa. Ale są to błędy sztuki lekarskiej, których należy unikać i których uniknąć przy opanowaniu techniki można z łatwością. Te błędy jeszcze w mniejszym stopniu wyjaśniają bardzo zawikłany mechanizm powstawania O. N.

Dumarest (24) ze swoimi współpracownikami widzą w zjawisku O. N. nieprawidłowość wchłaniania się gazu znajdującego się w opłucnej. Zgadza się on zarówno z poglądami Burnanda, jak też z poglądami na znaczenie stanu napięcia nerwu błędnego; poza tym zgadza się jeszcze z poglądami Hautefeuille'a, podług którego wchłanianie gazu jest w odpowiednim stosunku do powierzchni zdrowej opłucnej płucnej; szybkość wchłaniania zależna jest od szybkości rozprostowania się zdrowego płata dolnego płuca.

Widziano dziwny przypadek odmy nienasyconej naprzemiennej *(intermittente)*; jednego razu odma utrzymywała się, następnym razem u tego osobnika ulatniała się szybko. Ma to być skutkiem różnego napięcia układu parasympatycznego w różnych okresach czasu u jednego osobnika.

Popławska za przyczynę odmy nienasyconej uważa zespół czynników natury biologiczno-chemicznej i odrębne cechy budowy osobniczej danej jednostki oraz ich współdziałanie, jak budowa anatomiczno-fizjologiczna, własności unaczynienia, przepuszczalność opłucnej, wymiana gazów i inne. Chorzy z O. N. mają dawać małą liczbę wysięków opłucnowych; śródpiersie ich ma być wiotkie i łatwo przepuszczalne. Burnand na poparcie swego poglądu, który nazwałbym anatomiczno-fizjologicznym — nie przytacza żadnych poważnych dowodów; nie potwierdza jej ani najdokładniejszy rentgenogram, dane anatomiczne też nie przekonywują w zupełności. Jama opłucnowa jest przestrzenią tylko o znaczeniu napięcia, jak mówi Braus (20); przestrzeń ta powstaje z chwilą usunięcia płuca lub w stanach chorobowych, jak przy wysiękach, wylewach krwawych itd. Zwykle listki opłucnowe są oddzielone od siebie włoskowatą szparą. Opłucna jest gładką, lśniącą błoną surowiczą (21), która składa się z jednej warstwy niskich, płaskich komórek nabłonkowych wielobocznych, które leżą na cienkiej błonie podstawowej. Pomiędzy komórkami nabłonka znajdują się otworki *(stomata)*, które prowadzą do szczelin chłonnych podopłucnowych. Pod błoną podstawową leży tkanka łączna, która zawiera dużą liczbę włókien sprężystych i jest silniej rozwinięta w opłucnej ściennej, niż w opłucnej płucnej.

Burnand nie wyjaśnił zawikłanego mechanizmu znikania powietrza z opłucnej. Nie możemy tej sprawy porównać z jakimś stanem fizjologicznym; zarówno odma sztuczna, jak i samoistna są stanami chorobowymi; opłucna normalna zawiera prawdopodobnie małą ilość powietrza; znajdujemy w niej tylko drobną ilość chłonki pozwalającej gładkim, lśniącym powierzchniom na ślizganie się przy ruchach oddechowych. Powietrze, zarówno jak tlen lub azot, wprowadzone do opłucnej stają się już w krótkim czasie mieszaniną gazów o jednakowym składzie (90% azotu, 4% tlenu i 6% bezwodnika węglowego); mieszanina ta powstaje przez przenikanie gazów z tkanek do opłucnej z jednej strony oraz przez odwrotne przechodzenie gazu z opłucnej do tkanek i naczyń. Mechanizm ten jest niezmiernie zawiły i trudny do wyjaśnienia. Nie wiemy czym należy tłumaczyć, że w jednym przypadku gaz wprowadzony do opłucnej przebywa tam bardzo długo, przez 4, 5 i 6 miesięcy, a w innych przyp. ulatnia się po paru dniach, albo natychmiast; przy odmie samoistnej stwierdzamy również najrozmaitszy los zawartego w opłucnej powietrza, czasami nie stwierdza się go już po 2—3 tygodniach, w innych przypadkach znowu utrzymuje się przez całe lata. Pory, które znajdujemy pomiędzy komórkami opłucnowymi — znajdujemy również w ściankach oddzielających pęcherzyki płucne. U człowieka nie odgrywają one ze względu na małą powierzchnię i rzadkość — większej roli; są one liczne u niektórych ssaków z dużą przemianą podstawową i dużym zapotrzebowaniem gazu; w tych przypadkach pory łączą nie tylko sąsiadujące pęcherzyki płucne, mogą łączyć się z pęcherzykami innego oskrzelika. U zwierząt takich wszystkie naczynia włoskowate dzięki większej ilości szczelin są równomiernie zaopatrzone w powietrze. Burnand nie wyjaśnia nam również roli, jaką odgrywa w sprawie wchłaniania powietrza misterne ukrwienie płucne, składające się z naczyń służących dla odżywiania samego płuca *(vasa privata)* oraz z naczyń odgrywających niezmiernie ważną rolę *(vasa publica)*, polegającą na oddawaniu nadmiaru kwasu węglowego i zaopatrywaniu się w niezbędny dla ustroju tlen. Otóż z tego wszystkiego nie wiemy jeszcze co się dzieje z powietrzem opłucnowym w O. N.; czy ulatnia się przez opłucną ścienną w stronę klatki piersiowej, czy też przez opłucną płucną; czy przechodzi przez pory służące dla innego celu, gdyż dostarczają one chłonki do opłucnej; nie wiemy również nic o dalszym losie tego powietrza, jak przedostaje się do delikatnych sieci ukrwienia płucnego i jak zostaje wydalone.

Co do teorii Ascoliego, Lucacera, Bonnano, Iraciego — przypisujących przyczynę powstawania O. N. nadmiernemu napięciu nerwu błędnego, to mielibyśmy w takich przypadkach stan podobny do dychawicy oskrzelowej. W przy-

padku moim nie stwierdziłem nadmiernego napięcia w układzie n. błędnego; nie stwierdziłem również obecności dychawicy. Przeciwko temu poglądowi przemawiałoby jeszcze to, że podług Burnanda i innych wyżej wymienionych autorów — O. N. stwierdza się w stanach gruźlicy płuc niedaleko posuniętej, a więc kiedy mamy jeszcze przewagę nie nerwu błędnego, lecz przeciwnie przewagę n. sympatycznego (S. Sterling — Nr 22), a wtedy podawanie zalecanej atropiny byłoby poniekąd przeciwwskazane. Nie przeczę, że przypadki autorów miały wzmożone napięcie n. błędnego, ale nie uogólniałbym tego i nie uważałbym tego za przyczynę powstawania O. N. Najwięcej słuszności miałyby poglądy Popławskiej, ale są one niezbyt ustalone, są bardzo uogólnione; obejmują całą patologię i konstytucjonalizm: i anatomię, i fizjologię, i chemię, i biologię.

Pomimo braku odpowiedzi, na czym polega istota O. N., cały szereg autorów podaje swoje metody leczenia O. N. albo sposoby unikania tego zjawiska.

Burnand skłania się do metody zalecanej przez M. Gilberta, który w celu wywołania podrażnienia opłucnej radzi wstrzykiwać do opłucnej olejek gomenolowy w ilości 10,0—20,0.

Olejek gomenolowy stosowali z powodzeniem Bühr i Oxner.

Warto tutaj zaznaczyć, że ten sam olejek gomenolowy, który dzięki swym drażniącym własnościom wywoływać ma powstawanie małych wysięków, ma uszczelniać opłucną i przez to zatrzymywać znajdujące się w niej powietrze. - Unverricht (23) radzi stosować w celu zapobiegania powstawaniu wysięków opłucnowych (jodipinę lub oliwę). Unverricht wychodzi z założenia, że większość wysięków opłucnowych powstaje w pierwszych 4—5 miesiącach stosowania odmy, kiedy opłucna nie uległa jeszcze przemianie włóknistej; wiadomo bowiem, że opłucna z czasem traci swój nabłonek i staje się twardą, grubą. Unverricht chce zawczasu wywołać taką zmianę opłucnej, jaką ona osiąga z czasem przy stosowaniu odmy. A więc ten sam środek, wywołujący powstawanie nieznacznych wysięków, ma przeszkadzać ulatnianiu się powietrza; ma on również zapobiegać powstawaniu wysięków, które są właściwie pożądane, gdyż dzięki nim O. N. ma stawać się normalną odmą. Pomimo tej sprzeczności uważam, że można próbować wlewania olejku gomenolowego w celu zamiany O. N. na zwykłą.

Lucacer w celu zniesienia nadmiernego napięcia nerwu błędnego radzi stosować bellafolinę, a Bonnano i Iraci stosują atropinę.

D. Epstein radzi wprowadzać często bardzo duże ilości powietrza do 2.000 cm³.

Magliulo Luigi, który nie może znaleźć żadnego wytłumaczenia dla powstawania O. N., sądzi, że badanie zjawiska rozszerzy nasze wiadomości o działaniu odmy sztucznej zwykłej. Jest rzeczą dziwną, że dotychczas pomimo masowego stosowania odmy leczniczej, nie wiemy na czym polega jej działanie. Wszystkie teorie od czysto mechanicznej Forlaniniego począwszy utrzymały się nadal: teoria tzw. anemiczna Toussainta i innych, pogląd Sauerbrucha, Sakura o przekrwieniu biernym w znaczeniu teorii Biera, pogląd Brauera o zwolnieniu krążenia chłonnego z następowym bujaniem tkanki łącznej, pogląd Dausa o działaniu toksyny sklerozującej kosztem toksyny serowaciejącej; dalej teorie dezintoksykacyjne, teorie tuberkulinizujące, wreszcie teoria Gwerdera o rozluźnieniu elastyczności tkanki płucnej.

Wszystkie te teorie nadal rywalizują ze sobą obecnie, jak to się działo w ciągu kilkudziesięciu lat. Można było by parafrazować słowa Magliulo, że z chwilą poznania mechanizmu działania odmy sztucznej — poznamy złożony mechanizm odmy nienasyconej.

Wnioski.

1. Odma nienasycona prawdziwa jest zjawiskiem rzadkim.
2. Odma nienasycona spotyka się w postaci O. N. pierwotnej, klasycznej oraz w jeszcze rzadszej postaci O. N. wtórnej.
3. Rozpoznanie O. N. możemy postawić po wykluczeniu odmy częściowej zwykłej, odmy niewidocznej lub zamaskowanej oraz błędów technicznych.
4. Odmę nienasyconą spotykamy nie tylko w postaciach gruźlicy mało posuniętej, można ją spotkać i w bardzo ciężkich postaciach.
5. W celu zamiany O. N. w zwykłą można próbować zastosować podane przez wspomnianych autorów metody: bądź to gomenol, bądź to atropinę, bądź to częste, duże dopełnienia.
6. Istniejące teorie, tłumaczące złożony mechanizm powstawania O. N., nie wyjaśniają zagadnienia.
7. Zagadnienie O. N. pozostaje nadal otwarte.

Klasyfikacja odmy nienasyconej.

1.

1) Odma nienasycona wczesna (pierwotna).
2) Odma nienasycona późniejsza (wtórna).

2.

I. Odma nienasycona prawdziwa: *Pneumothorax insatiabilis vera.*
II. Odmy nienasycone rzekome: *Pneumothorax insatiabilis spuria.*
   1) Odma niewidoczna lub zamaskowana.
   2) Odma sztuczna częściowa.

3.

Błędy spotykane przy stosowaniu odmy:

1) powietrze wprowadzone do tkanki płucnej,
2) przedziurawienie płuca,
3) odma podopłucnowa.

Piśmiennictwo:

1) Seweryn Sterling: Przegląd Lekarski. Nr 1—8. 1912. — 2) K. Dłuski i S. Sterling: Przegląd Lekarski. Nr 4—7. 1916 i Nr 8—11. 1917. — 3) H. Maendl: Die Kollapstherapie der Lungentuberkulose. Str. 3. 1917. — 4) R. Burnand: Revue de la Tuberculose. T. XI. Nr 3. Str. 300—304. 1930. — 5) Bühn S. i Z. Oxner: Gruźlica. T. VIII. Str 226—231. 1933. — 6) H. Popławska: Gruźlica. T. VIII. Str. 574—585. 1933. — 7) Pruvost et Henrion: Revue de la Tuberculose. Nr 5. Str. 449—469. 1933. — 8) Pruvost, Meyer et Henrion: Presse Médicale. Nr 93. 1932. — 9) A. S. Tenenbaum i H. Reiterowski: Pol. Gaz. Lek. Nr 44. 1930. — 10) Z. Tomanek: Pol. Gaz. Lek. Nr 4. 1932. — 11) D'Angello Francesco: Tuberculose. 15, 19—24, 1935. Przytoczono podług Zentralblatt f. d. Gesamte Tuberculoseforschung. T. 42. Str. 387. 1935. — 12) Magliulo Luigi: Riv. Pat. e clin. Tbc. 7. 306—311. 1933. Przyt. Zentralblatt f. d. Gesamte Tuberkuloseforschung. T. 39. Str. 257. 1933. — 13) Lucacer M.: Lotta Tbc. 2. 830—841. 1931. Przyt. Zentralbl. f. d. Ges. Tuberkulf. T. 36. Str. 289. 1932. — 14) A. Schwarz: Borba s Tuberk. Nr 3. 100—102. 1934. Przyt. Zentrbl. f. d. Ges. Tuberkulf. T. 42. Str. 235. 1935 — 15) Bonnano M. A.: Riv. Pat. e Clin. Tbc. 8. 577—583. 1934. Przyt. Zentralbl. f. d. Ges. Tuberkulf. T. 41. Str. 369. — 16) B. Epstein: Sowjet. Wracz. Gaz. 6. Str. 342—344. 1932. Przyt. Zentralbl. f. d. Ges. Tuberkulf. T. 38. Str. 557. 17) D. Epstein: Die Tuberkulose. T. 12. 6. Przyt. Revue de la Tuberculose. 1933. Str. 534 i Zentralbl. f. d. Ges. Tuberkulf. T. 37. Str. 411. — 18) Lucacer M.: Revue de la Tuberculose. Str. 138—141. 1931. — 19) Ascoli M. et M. Lucacer: Riforma med. Str. 1203—1207. 1932. Przyt. Zentralbl. f. d. Ges. Tuberkulf. T. 38. Str. 112. 1933. — 20) H. Braus: Anatomie der Menschen. T. II. Str. 203. 1924. — 21) W. Szymonowicz: Podręcznik histologii. Str. 250. 1921. — 22) S. Sterling: Polskie Arch. Med. Wewn. T. IV. Z. III. — 23) Unverricht W.: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. T. 86. Str. 580. 1935. — 24) F. Dumarest, P. Lefévre, H. Mollard, P. Pavie et P. Rougy: La pratique du Pneumothorax Therapeutique. Str. 138—139. 1936.

Dr I. GOPENHAJM. Wilno.

O błoniastej postaci nieżytu nosa i jamy nosowo-gardłowej wywołanej dwoinkami zapalenia płuc.

Z Oddziału Oto-Laryngologicznego Szpitala Św. Jakuba.
Ordynator: Dr S. Lewande.

Nieżyt błoniasty nosa, a szczególnie w połączeniu z takimże stanem jamy nosowo-gardłowej, spotykamy w ogóle rzadko. Jest to niewątpliwie zasługą Hartmanna, że w roku 1887, pierwszy dokładnie opisał tę jednostkę chorobową, wydzielając ją z licznych zresztą postaci nieżytów nosa. Po nim cały szereg autorów, szczególnie pediatrów, opisał tę chorobę u dzieci (Moldenhauer, Seifert i wielu innych), starając się rzucić światło na ciemną wówczas, etiologię tego cierpienia. (Baginsky, v. Starck, Stamm, Abel, Pluder, Möller Jörgens, Wolf, Gerber).

Klinicznie z wyglądu błon narzucało się podobieństwo z jednej strony do błonicy; obserwowano jednak z drugiej strony przebieg łagodny bez powikłań ze strony zatok, uszu i kanału nosowo-łzowego, bez pozostawiania po sobie blizn, zrostów bądź też porażeń, co przemawiało przeciwko błonicy; zaraźliwość również nie mogła być udowodniona. Bakteriologicznie część autorów znajdowała bądź to w błonach, bądź też w wydzielinach pałeczki błonicze (Baginsky, Stamm, Concetti, Park, Abott, Scheinmann, Gerber, Podack), inni zaś, jak Seifert wykrywali gronkowce. Mayer, Fränkel, Weingarten — paciorkowce, Francke — pałeczki rzekomo błonicze, a pierwszy Abel, a po nim Möller Jörgens — dwoinki zapalenia płuc.

Dane anatomo-patologiczne błoniastej postaci nieżytu nosa są w ogóle skąpe i opierają się na danych sekcyjnych Seiferta. W warstwie nabłonkowej oraz podnabłonkowej śluzówki widać nacieczenie drobnokomórkowe, nie uszkadzające ciągłości nabłonka. Błona włóknikowa składa się z włókien ułożonych w siatkę, w oczkach której leżą leukocyty, nabłonki oraz drobnoustroje. W samej śluzówce drobnoustrojów nie widać.

Błoniasta postać nieżytu nosa jest schorzeniem przeważnie wieku dziecięcego. Początek jego znamionują niekiedy objawy ogólne oraz okres surowiczej wydzieliny, który, ze względu na krótki czas trwania, rzadko bywa spostrzegany (Gerber na 5 swoich przypadków widział go tylko raz). Tworzenie się błon, wykazujących skłonność do pęcznienia, jest jednostronne. Przylegają te błony do przekrwionej śluzówki, wypełniając nos oraz wszystkie jego zachyłki; przy próbach oderwania ich śluzówka lekko krwawi. Niekiedy w końcowych okresach choroby błony odrywają się przy kichaniu. Okres trwania błon wynosi od 8 do 14 dni. Po ich oddzieleniu pozostaje jeszcze nieżyt trwający kilka dni.

Gardło przeważnie nie jest zajęte procesem chorobowym, stwierdza się tylko niekiedy objawy zwykłego nieżytu gardła. Rzadkie wypadki przejścia błon na gardło i krtań opisali Schuller i Concetti (przyt. wg Gerbera) a przypadek w którym błony zajmowały tylko jamę nosowo-gardłową opisał Jurasz. Przebieg choroby zwykle bezgorączkowy lub z wieczornymi stanami podgorączkowymi. Po chorobie pozostaje pewien stan osłabienia ogólnego, który trwa rozmaicie długo.

Mieliśmy ostatnio możność obserwowania przypadku postaci błoniastej nieżytu nosa i jamy nosowo-gardłowej, który ze względu na niektóre cechy charakterystyczne zasługuje na uwagę.

Chory A. S., lat 40, zgłosił się dnia 17. III. 1937 r. do przychodni podając, że w nocy dnia poprzedniego, żona jego obudziła się zaniepokojona jego rzężeniem. Chory poczuł nagle w ustach dużą masę gęstej, ciągnącej się szklistej wydzieliny, bez kaszlu, odchrząkiwał i odpluwał duże ilości tej wydzieliny. Ciepłota mierzona w tym czasie przekraczała 39°. Chory całą noc nie spał, czuł się rozbity, szczególnie dokuczały mu silne bóle głowy oraz konieczność stałego odpluwania. Jak chory podaje, kładąc się spać czuł się zupełnie dobrze i nie przypomina sobie, żeby mu nieżyt dokuczał.

Przy badaniu stwierdziliśmy: osobnik wzrostu średniego, budowy prawidłowej. Ciepłota 38,6°. Mowa typu *rhinolalia clausa*, skarży się na uczucie słabości oraz lekki ból gardła.

Badanie jamy ustnej i gardła wykazało: język obłożony skrzepłą wydzieliną śluzowo-ropną. Łuki przednie i tylne, migdałki, tylna ściana gardła są pokryte błonami biało-żółtymi, lekko połyskującymi. W rinoskopii tylnej widać, jak błony te pokrywając donosową powierzchnię podniebienia zamykają nozdrza tylne. Krtań można było zbadać tylko po wypłukaniu wejścia do krtani. Stwierdzono objawy zwykłego nieżytu bez obecności błon.

Jamy nosowe całkowicie niedrożne. Przewody wspólne dolne i środkowe wypełnione są jednolitą masą szklisto-białą, przylegającą ściśle do obrzękłej śluzówki. Przy próbie odrywania ich śluzówka krwawi.

Badanie uszu: objawy nieżytu trąbek Eustachiusza.

Natychmiastowe badanie bakteriologiczne nalotu pobranego z nosa i gardła, pałeczek błonicy w preparacie bezpośrednim nie wykazało.

Chory został przyjęty na oddział.

Badanie narządów wewnętrznych wykazało: serce w granicach zwykłych, tony głuche, tętno 92, miarowe; płuca opukowo bez zmian, osłuchowo osłabienie szmeru pęcherzykowego na całej przestrzeni obu płuc.

Narządy jamy brzusznej bez zmian. Odruchy zachowane.

Prześwietlenie klatki piersiowej: pola szczytowe jasne, cienie wnęk wzmożone, ruch przepony prawidłowy.

Leukocytoza — 12.000.

Badanie moczu: białko 0,1‰, nieliczne nabłonki wieloboczne, leukocyty 2—3 w polu widzenia. Erytrocyty, wałeczki szkliste i ziarniste w niewielkiej ilości.

Badanie plwociny: plwocina śluzowo-ropna gęsta, sporo stłuszczałych leukocytów, włókien sprężystych nie ma. Prątków Kocha nie ma. Liczne ziarniaki.

Badanie posiewu z błon dało czystą hodowlę *pneumokoków*.

Dnia 19. III. ciepłota 38°. Chory skarży się na niesmak i zasychanie w ustach. Obfita wydzielina, chory w dalszym ciągu odpluwa. Gruczoły szyjne i podszczękowe powiększone, tkliwe przy ucisku. Błony nie dają się usunąć, rwą się kawałkami.

Dnia 20. III. błony znowu się pojawiły w tych miejscach gdzie je wczoraj usunięto. Ciepłota 37,4°, chory jest bardzo osłabiony tak, że o własnych siłach nie może wstać z łóżka.

Dnia 21. III. mechanicznie oczyszczono prawą stronę nosa. Ciepłota wieczorem 37,2°.

Dnia 23. III. błony w nosie cieńsze. Drożność nosa częściowo przywrócono, chory odpluwa mniej. Jama ustna i gardło oczyściły się. Chory czuje się znacznie lepiej.

Dnia 25. III. w nosie gdzieniegdzie ślady błon. Śluzówka przekrwiona. Dość obfita wydzielina śluzowa.

Dnia 27. III. samopoczucie chorego dobre. Ciepłota normalna. Błon nigdzie nie widać.

Dnia 28. III. Chory wypisany zdrów.

Na podkreślenie w tym wypadku zasługuje:

1) *rhinitis fibrinosa* u osobnika starszego;

2) ostre wystąpienie tego schorzenia wśród objawów ciężkiego niedomagania ogólnego;

3) zajęcie obok nosa również jamy nosowo-gardłowej i gardła;

4) dwoinka zapalenia płuc, jako zarazek wywołujący to schorzenie;

5) dość silne podrażnienie nerek w przebiegu postaci błoniastej nieżytu nosa.

Piśmiennictwo:

1) J. Szmurło: Choroby nosa. Wilno. 1935. — 2) Zarniko C.: Krankheiten der Nase. Berlin, 1910. — 3) A. Denker u. O. Kahler: Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. 1926. — 4) Hyamans: Handbuch. 1904.

Dr Zygfryd BINDER i Dr Józef WOLF. Lwów.

Stany zapalne wyrostka robaczkowego w przepuklinach pachwinowych.

Z Oddziału Chirurgicznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Ordynator: Dr Ryszard Rodziński.

Już Sandifort pod koniec XVIII stulecia opisał przypadek wyrostka robaczkowego w przepuklinie, mimo to jednak większość starszych dzieł chirurgicznych, których treścią są stany zapalne wyrostka robaczkowego oraz przepukliny, zupełnie pomija możliwość zapaleń wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym, bądź też przechodzi w kilku słowach nad tą sprawą do porządku dziennego.

Ponieważ schorzenie to nie należy do najrzadszych, a ze względu na trudności w rozpoznaniu nie jest nawet dla doświadczonego lekarza zagadnieniem banalnym, postanowiliśmy tę jednostkę chorobową wraz z jej powikłaniami dokładnie opisać ze szczególnym uwzględnieniem przypadku operowanego na naszym Oddziele. Nieco obszerniejsze ujęcie tej sprawy wydaje się nam potrzebne także z tego powodu, że większość autorów polskich porusza zagadnienie to rzadko.

Prawie wszystkie narządy jamy brzusznej stwierdzano w worku przepuklinowym. Stwierdzenie tych stanów bywa raczej przypadkowe i to dopiero w czasie zabiegu operacyjnego. W wielu przypadkach wynikają z tego trudności rozpoznawcze. Dotyczy to zwłaszcza uchyłków Meckela i zapaleń wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym; jest zaś rzeczą zrozumiałą, że przepuklinowe wypuklenie otrzewnej może być zajęte w ropnym zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Stan zapalny wyrostka robaczkowego, czy uwięźnienia wyrostka z następową martwicą, są różnymi jednostkami klinicznymi i anatomo-patologicznymi nie zawsze jednak dającymi się odróżnić, przy czym większość autorów uważa, że uwięźnienie jest tylko następstwem zapalenia.

Obecność wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym jest możliwa tylko przy pewnej ruchomości kątnicy, co nabiera większego znaczenia klinicznego w razie istnienia obja-

wów zapalenia lub uwięźnienia. Początkowo uchodziło to za sprawę sporną, czy istnieje w ogóle pierwotne uwięźnienie wyrostka robaczkowego, a i dzisiaj stwierdza się ogólnie, że przypadki pierwotnego zapalenia przewyższają procentowo znacznie przypadki pierwotnego uwięźnienia.

Jest rzeczą zrozumiałą, że wyrostek robaczkowy znajdujący się w worku przepuklinowym może ulec zapaleniu. Z umiejscowieniem tym łączy się szereg stanów usposabiających: ucisk przez opaskę przepuklinową, ograniczenie przestrzeni, zaburzenia w krążeniu krwi, urazy, zrosty ze siecią i otrzewną, jako czynniki, powodujące zastój w zawartości przepukliny. Następstwem ich działania może być stan zapalny zarówno ostro, jak i przewlekle przebiegający.

Uwięźnienie może powodować stan zapalny i odwrotnie; zapalenie wyrostka może powodować uwięźnienie całej zawartości worka przepuklinowego, zwiększając w następstwie przez obrzęk zapalny objętość treści przepuklinowej. W razie pierwotnego stanu zapalnego może powstać pierścień przepuklinowy, jeżeli uwięźnienie jest objawem wtórnym. Stan zapalny może nawet poprzedzać uwięźnienie, tzn. pierwotnie w obrębie jamy brzusznej, znajdujący się, zmieniony przez zapalenie wyrostek robaczkowy w następstwie gwałtownej czynności tłoczni brzusznej może ulec uwięźnieniu. Wodniak wyrostka *(appendicocele)* powstaje prawdopodobnie w ten sposób, że wyrostek robaczkowy przy nagłym wzroście ciśnienia wewnątrz jamy brzusznej zostaje wypchnięty przez bramę przepuklinową i nie może się więcej cofnąć; wiedzie to do żylnego zastoju, a w końcu do martwicy.

Dalszy przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym nie różni się wiele od zwyczajnego przebiegu tego schorzenia. Jeżeli nie próbuje się odprowadzenia, to sprawa chorobowa ogranicza się zwykle do worka przepuklinowego. Sam worek przepuklinowy, jego osłonki oraz ich otoczenie ulegają zapaleniu w stopniu coraz to większym, w końcu zaś powstaje ropień. Ropień wyrostka robaczkowego może przebić do worka przepuklinowego, a nawet dalej na zewnątrz i powodować powstanie przetok kałowych. Gdy stan zapalny się cofnie, albo gdy przebieg jego jest łagodny, to powstają jako zejście stanu ostrego zrosty, podobnie jak się to zdarza przy zejściu tych spraw w jamie brzusznej.

Przebieg kliniczny jest następujący. Wyrostka robaczkowego nie można wykazać w worku przepuklinowym badaniem od zewnątrz. Objawy kliniczne przypadków powikłanych, a więc w przypadkach uwięźnienia, bądź stanu zapalnego wyrostka nie dają się łatwo wyjaśnić i nie pozwalają w ogóle na odróżnienie stanu zapalnego od uwięźnienia. Z *charakterystycznych objawów* należy wymienić powiększający się obrzęk miejscowy, który chorzy tłumaczą sobie zwykle jako przepuklinę wypadniętą. Przypuszczenie to jest tym bardziej uzasadnione, że zwiększenie objętości dotyczy przede wszystkim moszny. Do tego przyłączają się objawy zapalne (podwyższenie ciepłoty, przyśpieszenie tętna, zwiększenie liczby ciałek białych, obrzęk moszny, bolesność na ucisk, chełbotanie, niemożność odprowadzenia). Obrzęk moszny już w krótkim czasie osiąga wielkość jaja kurzego, zwiększając się stopniowo.

Jak wyżej wspominaliśmy *rozpoznanie różniczkowe* w tych przypadkach jest bardzo trudne zwłaszcza wtedy, gdy chodzi o odróżnienie przepukliny uwięźniętej od spraw zapalnych toczących się w worku przepuklinowym. Sprawy te mogą wystąpić w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym, w razie przebicia wrzodów jelita cienkiego oraz przebicia ciał obcych przez pętle jelit, stanowiące zawartość przepukliny.

Biorąc pod uwagę poszczególne momenty rozpoznania różniczkowego należy pamiętać, że także w stanach zapalnych wyrostka robaczkowego w obrębie jamy brzusznej można nierzadko zauważyć, że przy nikłych objawach klinicznych zupełnie niespodziewanie stwierdza się daleko posunięte zmiany zapalne wyrostka i odwrotnie. Ograniczenie oddychania brzusznego, odruchowe napięcie mięśni, wymioty, podwyższenie ciepłoty i zwiększenie liczby ciałek białych są to objawy, których rozmiary nie są zawsze współmierne ze zmianami anatomicznymi wyrostka robaczkowego.

Schemat, podany w podręcznikach diagnostyki chirurgicznej, rozpoznania różniczkowego przedstawia się następująco: zapalenie wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym wywołać może również obraz chorobowy, podobny do uwięźnienia. Różnica polega na tym, że w zapaleniu wyrostka zjawia się naprzód gorączka i stan zapalny worka przepuklinowego, a objawy niedrożności przewodu pokarmowego występują następnie, podczas gdy w uwięźnięciu objawy niedrożności występują na plan pierwszy a dopiero potem przyłączają się objawy ropowicy worka mosznowego.

Rozpoznanie różniczkowe jest w tych przypadkach bardzo trudne, jak to już kilkakrotnie podkreślaliśmy, *a największe źródło błędów leży w automatycznie postawionym rozpoznaniu* przepukliny uwięźniętej, zwłaszcza u osób cierpiących czas dłuższy na przepuklinę. Jeżeli przypadek jest wątpliwy, to powinniśmy dążyć do stwierdzenia przewagi objawów zapalnych (stany podgorączkowe, leukocytoza) nad rozpoczynającymi się gwałtowniej objawami uwięźnięcia. Pamiętać jednak należy, że zapalenie wyrostka robaczkowego może po przebiciu wywołać miejscowo ten sam obraz, co uwięźnięcie wyrostka z jego następową martwicą.

Gdy zachodzi wyłącznie uwięźnienie wyrostka robaczkowego, wtedy brak przynajmniej z początkiem choroby, gorączki. Gdy uwięźnieniu ulega tylko wyrostek, wtedy brak w obrazie chorobowym wymiotów, oddawanie stolca może być prawidłowe, a także odchodzenie wiatrów niezatrzymane. W ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego występują dość szybko objawy zapalne, których natężenie gwałtownie rośnie. Gdy chory mimo to oddaje prawidłowo stolec, to przemawia to za stanem zapalnym i przeciw pierwotnemu uwięźnieniu. Gwałtowne bóle, wzmagające się coraz bardziej, mogą świadczyć zarówno o zapaleniu, jak i uwięźnieniu. Jest rzeczą charakterystyczną, że ciepłota ciała w zapaleniu wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym nie przekracza często normy, ponieważ wchłanianie się jadów bakteryjnych postępuje bardzo powoli, ze względu na stosunki topograficzne. Z tych to względów, o ile w pierwszym okresie choroby istnieją pewne dane pozwalające na odróżnienie stanu zapalnego od uwięźnienia wyrostka robaczkowego, to już po kilku pierwszych godzinach zacierają się one prawie całkowicie, tak, że po uwzględnieniu wszystkich danych rozpoznawczych natkniemy sie w wielu przypadkach na trudności, a nawet na niemożność postawienia rozpoznania.

Rzadkie przypadki zropienia wodniaków jądra, których szypuła może sięgać aż do kanału pachwinowego, można wykluczyć na podstawie wywiadów.

Historia choroby naszego przypadku przedstawia się w streszczeniu w sposób następujący:

M. L., lat 48, żonaty, z zawodu kupiec. Wywiady rodzinne i osobnicze bez znaczenia. Przed dwoma laty wystąpiły u chorego bóle w podbrzuszu prawym, wzmagające się zwłaszcza przy chodzeniu oraz guz w mosznie po stronie prawej, zwiększający się przy kaszlu i wysiłkach fizycznych. Chory zasięgnął porady lekarza, który stwierdziwszy przepuklinę pachwinową zalecił noszenie opaski.

Obecne schorzenie rozpoczęło się przed czterema dniami silnymi bólami w okolicy prawego podbrzusza, w okolicy pachwinowej prawej i moszny. Bóle wzmagały się stopniowo coraz bardziej, chory oddawał stolec prawidłowo. W dwa dni po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych chory zauważył powiększenie się guza w mosznie po stronie prawej, przy czym bolesność umiejscowiała się coraz bardziej w okolicy moszny. W czwartym dniu choroby chory wezwał lekarza, który, stwierdziwszy przepuklinę uwięźniętą, skierował go do zabiegu operacyjnego. Mocz, stolec oraz wiatry oddaje prawidłowo.

Stan obecny: chory wzrostu średniego, budowy kośćca delikatnej, odżywienia podupadłego. Skóra blada. zabarwienie warg lekko sinawe, twarz zapadnięta. Źrenice okrągłe, oddziaływują na światło i akomodację.

Klatka piersiowa płaska, długa. Płuca wypukiem w granicach prawidłowych, wypuk w obu szczytach, zwłaszcza po prawej stronie nieco krótszy. Przysłuchem szmery pęcherzykowe, wydech przedłużony. W partiach dolnych obustronnie liczne świsty i furczenia.

Serce sięga na prawo do lewego brzegu mostka, na lewo do linii sutkowej. Tony serca głośne, zwłaszcza ton drugi nad końcem serca wyraźnie zaakcentowany. Akcja serca przyspieszona, tętno 110 uderzeń na minutę.

Brzuch prawidłowo wysklepiony, w części dolnej po stronie prawej nieco tkliwszy, nieprawidłowych oporów i bolesności nie stwierdza się.

Skóra moszny jest napięta, obrzękła, zaczerwieniona. Zaczerwienienie to i obrzęk obejmują także prącie do połowy długości. Po stronie prawej moszny stwierdza się guz podłużny, długi około 20 cm, szeroki około 5 cm, nie dający się odprowadzić, ani też oddzielić od kanału pachwinowego. Wypuk nad guzem jest stłumiony, chory skarży się na bolesność w miejscu guza. Język suchy, ciepłota ciała 37,2° pod pachą, 38° w odbytnicy.

Badanie moczu: białka ślad, cukru nie ma. W osadzie: nieliczne ciałka białe, 4—8 w polu widzenia nitki śluzu, złuszczone nabłonki.

Zabieg operacyjny: w znieczuleniu miejscowym nacięto skórę i tkankę podskórną cięciem typowym dla operacji przepuklin pachwinowych, przedłużając je przez największą wyniosłość guza aż do moszny. Po uwolnieniu guza z otaczających go zrostów otwarto worek przepuklinowy i natrafiono na ropień. Po wysączkowaniu około 40 cm³ gęstej, cuchnącej ropy stwierdzono wyrostek robaczkowy zapalnie zmieniony, odchodzący od kątnicy pod kątem prawie prostym. Wyrostek robaczkowy znacznej wielkości jest pokryty nalotem włóknikowo-ropnym i wykazuje na szczycie zmiany przebicia. Sam kanał pachwinowy wypełniała kątnica, wykazująca cały szereg starych zrostów z otoczeniem, zamykająca dojście do jamy brzusznej. Po usunięciu i zaopatrzeniu wyrostka robaczkowego w sposób typowy, uwolniono kątnicę od zrostów z otoczeniem i wprowadzono do jamy brzusznej. W miejsce odejścia wyrostka robaczkowego wprowadzono sączek gumowy. Jamę brzuszną oraz kanał pachwinowy zamknięto za wyjątkiem miejsca zajętego przez dren. Drugi dren wprowadzono do worka mosznowego.

Przebieg pooperacyjny, powikłany zapaleniem oskrzeli oraz ropieniem w skórze. Po 3-tygodniowym pobycie chory opuścił szpital w stanie zdrowym z raną całkowicie wygojoną.

Usunięty wyrostek robaczkowy, którego zdjęcie zamieszczamy (ryc. 1) był wyjątkowo duży, gdyż wymoczony w formalinie posiadał następujące wymiary: długość 13.5 cm, średnia szerokość wraz z krezką zapalnie zmienioną 3.8 cm. Ponieważ średnia długość wyrostka wynosi około 8 cm a szerokość od ½ do 1 cm, więc uwzględniając skurczenia się wywołane formaliną otrzymamy wymiary przekraczające znacznie wartości średnie.



Ryc. 1.

Badanie histopatologiczne (wykonane w Zakł. Anatomii Patologicznej U. J. K. we Lwowie) usuniętego wyrostka wykazało: błona śluzowa badanych wycinków z wyrostka robaczkowego jest obrzękła i wykazuje obfite nacieki zapalne, wśród których stwierdza się dużo komórek kwasochłonnych i okrągłych. Nabłonek pokrywający, tu i ówdzie odpadający, wykazuje miejscami zmiany śluzowe. W warstwie mięśniowej, również silnie obrzękłej, widać nieco nacieków zapalnych, przede wszystkim dookoła naczyń. Błona surowicza wykazuje obrzęk, znacznie większego stopnia, niż w poprzednich warstwach, wskutek czego jest silnie zgrubiała. Wśród obrzękłej tkanki łącznej są nacieki zapalne, a zewnętrzna powierzchnia jest pokryta grubą warstwą wysięku włóknikowo-ropnego.

Gdy zestawimy w przypadku naszym dane, umożliwiające rozpoznanie, to należy zwrócić uwagę przede wszystkim na *wywiady,* stwierdzające obecność od dwóch lat u chorego przepukliny. Wzmożenie się objawów chorobowych od czterech dni oraz ich przebieg wskazywać by mógł raczej na przepuklinę uwięźniętą, przemawiałoby przeciw temu jednak prawidłowe oddawanie wiatrów i stolca, jako też brak wymiotów w wywiadach. Stan miejscowy tj. obecność w mosznie *guza* o charakterze *zapalnym,* obrzęk i zaczerwienienie moszny przemawiały raczej za sprawą zapalną; przeciw niej świadczyła względnie niska ciepłota ciała 37,2° pod pachą, 38° w odbytnicy.

Jak widzimy z powyższego zestawienia także w naszym przypadku napotkaliśmy na dość znaczne trudności rozpoznawcze. Dlatego też nie postawiliśmy rozpoznania pełnego przed zabiegiem operacyjnym; brzmiało ono: uwięźnięta przepuklina mosznowa z następowym zapaleniem i zgorzelą *(hernia incarcerata scrotalis inflammatoria gangraenescens).*

Jeżeli zapytamy się, czy sposób postępowania obrany w danym przypadku przez operatora był właściwy, to musimy zaznaczyć, że odpowiadał on stanowisku, zajętemu przez większość autorów, którzy twierdzą, że odprowadzenie i wprowadzenie kątnicy do wolnej jamy brzusznej w ropnym zapaleniu wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym nie zagraża choremu i nie powoduje większych powikłań, aniżeli w zapalnym stanie wyrostka robaczkowego w jamie brzusznej.

Streszczając nasze wywody, dochodzimy do następujących *wniosków:*

1. Zapalenie wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym nie jest schorzeniem tak rzadkim, aby nie miało znaczenia dla lekarza praktyka.

2. Rozpoznanie jest w tych przypadkach trudne, zwłaszcza gdy chodzi o różnicowanie pomiędzy pierwotnym zapaleniem wyrostka w worku przepuklinowym a uwięźnięciem wyrostka. Niekiedy więc mimo uwzględnienia wszystkich momentów trafne rozpoznanie jest prawie niemożliwe.

3. *Rozważania diagnostyczne nie powinny wpływać na postanowienie zabiegu, który zarówno w przypadku pierwotnego zapalenia, jak i uwięźnięcia należy wykonać natychmiast.*

Piśmiennictwo:

Bochenek i Ciechanowski: Anatomia człowieka. — Burckhard H.: Wurmfortsatz im Bruchsack (Kirschner-Nordmann). — Coletti: Przyt. Zentralorgan f. Chir. 11. 1935. — Demel R.: Diagnostik chirurgischer Erkrankungen. — Graber A.: Polsk. Przegl. Chir. 1931. — Helmstaedt K.: Zentralblatt f. Chir. 1934. — Kaczyński K.: Polsk. Przegl. Chir. 1925. — Kartal und Winterstein: Der Chirurg. 1932. — Kohan D.: Pol. Przegl. Chir. 1933. — Malach B.: Pol. Przegl. Chir. 1926. — Rauber-Kopsch: Lehrbuch und Atlas der Anatomie des Menschen. — Shen J.: Przyt. Chirurg. 7. 1935. — Zaczek J.: Pol. Przegl. Chir. 1926.

FELIETON.

Doc. dr Stefan Łukasz KWIATKOWSKI. Lwów.

Wrażenia z podróży po Nowej Italii.

Uwagę naukowego świata lekarskiego zwrócił po wojnie światowej szereg zjawisk, świadczących o niezwykle wzmożonej żywotności dermatologii włoskiej. Przy badaniu piśmiennictwa naukowego coraz częściej rzucały się nam w oczy nazwiska włoskich autorów; ilość ich prac tak dalece wzrosła, że obecnie trudno obejść się bez włoskich czasopism.

Nas, dermatologów, zastanowić musiały jeszcze dwa zjawiska, zanotowane w ostatnich latach: na Międzynarodowym Zjeździe Dermatologów, odbytym w r. 1930 w Kopenhadze, uznano język włoski za oficjalny i dopuszczono go do wykładów. Przełamano w ten sposób tradycyjne prawo, wedle którego referat można było wygłosić tylko po angielsku, francusku lub po niemiecku. Język włoski zatryumfował. Mały to szczegół, lecz jakże wymowny! Czterdzieści kilka milionów Włochów wywalcza dopuszczenie ojczystej mowy na międzynarodowe forum naukowe; 200 milionów Słowian musi wygłaszać swe wykłady w obcych językach...

Może bardziej znamiennym był drugi fakt, dostrzeżony na Międzynarodowym Zjeździe Dermatologów, odbytym w r. 1935 w Budapeszcie. Tam Włosi naprawdę zaimponowali. Przybyło ich wielu, a zorganizowani byli świetnie. Trzymali się zawsze razem, na posiedzenia uczęszczali pilnie, a szczególnie pilnie chodzili na referaty swoich rodaków; nawet najmłodszy wiekiem, najmniejszy znaczeniem prelegent włoski mógł być pewny, że sala nie będzie świecić pustkami: wypełniali ją bowiem solidarnie jego rodacy.

Dwie były narodowości na owym zjeździe, stanowiące takie zwarte zespoły: Niemcy i Włosi. Jedni i drudzy mieli swych kierowników, których słuchali, jedni i drudzy przygotowali obfitą ilość prac na zjazd. Nikt nie dziwił się Niemcom: wszak na-

ród ten ma wrodzoną niemal skłonność do dyscypliny. Ale Włosi? Ludzie znani dotychczas z braku tej dyscypliny. co oględnie określano „wybujałością temperamentu południowców". Zaimponowali: swą pracą i swoją zwartością. I już wtedy zapragnąłem przyjrzeć się im z bliska, w ich własnym kraju.

Kiedy więc w jesieni 1936 r. układałem plan podróży naukowej, postanowiłem ten zamiar urzeczywistnić; oto dlaczego zboczyłem z tradycją uświęconych szlaków, którymi zazwyczaj podróżują na studia dermatolodzy (Austria. Niemcy lub Francja). Postanowiłem nie poprzestać tylko na Wiedniu i na głośnym szpitalu św. Ludwika w Paryżu, lecz zwiedzić także kliniki i szpitale włoskie. W ten sposób znalazłem się z początkiem listopada ub. r. w pociągu, pędzącym przez Semering ku *Tarvisio*.

Nie taję, że zbliżałem się do granicy włoskiej nie tylko z zaciekawieniem, lecz także i z pewnym niepokojem. Informacje, jakie otrzymałem od kilku osób w Wiedniu, niezbyt zachęcały do zwiedzania Włoch. Opowiadano mi o nieporządkach, jakie panują na kolejach włoskich. o brudzie, o tym, że ludność włoska nie ma poczucia ładu ani dyscypliny, że naigrawa się z obcych, że klnie publicznie i bez krępowania się. Opowiadano mi też o zbyt troskliwej inwigilacji władz policyjnych, ograniczających swobodę ruchów i śledzących kroki zbyt ciekawego przybysza, jeśli ten nie zamierza poprzestać na zachwycaniu się lagunami weneckimi, galeriami obrazów, czy też lazurową grotą na Capri, lecz pragnie podpatrzyć codzienne, *realne* życie narodu.

Wprawdzie byli i tacy, którzy nie znajdowali słów uznania dla organizacji, ładu i dyscypliny, panującej obecnie we Włoszech. dla uprzejmości mieszkańców tego kraju; jednakże leży już w naturze ludzkiej, że przy oczekiwaniu nieznanego. nadstawia się ucha raczej podszeptom złośliwym, niż przychylnym.

Nie chciałbym uprzedzać faktów, lecz, że nie mogę opisywać zbyt szczegółowo mych wrażeń z podróży. dlatego już teraz powiem, że wszystkie owe ujemne informacje o Włoszech są albo celowo złośliwe, albo też polegają na nieświadomości. W czasie 5 tygodni. jakie spędziłem we Włoszech, jeden jedyny raz musiałem pójść do komisariatu policji, by zgłosić swój pobyt, co zresztą zabrało mi zaledwie kilkanaście minut czasu, gdy ta sama czynność w Paryżu kosztowała mnie pół dnia wyczekiwania w prefekturze policji, wymagała wypełnienia szeregu formularzy, przedłożenia kilku fotografij itd. Miałem we Włoszech zupełną swobodę ruchów. Mogłem chodzić i zwiedzać wszystko, nie byłem nigdzie krępowany ani inwigilowany. Gdziekolwiek zwróciłem się o pomoc — udzielano mi jej wszędzie i natychmiast, bez podań, bez protokołów. Nie znajduję słów dla uprzejmości włoskiej. Spotykałem się z nią wszędzie, na kolejach, na ulicach, w tramwajach. A jak miłego przyjęcia doznawałem w klinikach i szpitalach. ile okazano mi uprzejmości, jak ułatwiano zaznajomienie się z materiałem chorych. organizacją pracy i z urządzeniami — okazuje się choćby z tego, że w krótkim czasie mogłem całkiem dobrze zaznajomić się z tym wszystkim, co mnie interesowało.

Postęp tego kraju jest pod każdym względem zdumiewający. Na skalę wprost niezwykłą, w tempie zawrotnym rozbudowuje się tam wszystko: drogi, koleje, szkolnictwo. porty, miasta, dźwiga się przemysł, osusza się bagna. A jaką troską publiczną otacza się we Włoszech zdrowie szerokich warstw ludności, jak rozbudowuje się włoskie szpitalnictwo — jak spoza rusztowań wyłaniają się coraz to nowe gmachy kliniczne i nowe szpitale, i w jak jaskrawym kontraście pozostają te nowe budowle do ruder choćby sprzed lat kilkudziesięciu — o tym powiem później. Teraz, w chwili, kiedy mój pociąg mknie już po ziemi włoskiej, kiedy poprzez drzwi przedziału widzę przechadzające się postacie zbrojnych i milczących milicjantów, mija mój niepokój, wstępuje we mnie otucha i świadomość bezpieczeństwa i ładu. A kiedy spostrzegam, że nie ma dymu, ni sadzy węglowej, że kolej jest zelektryfikowana — kiedy w mroku zapadającego zmierzchu mijamy szeregi smukłych żelaznych słupów, podtrzymujących kolejową sieć przewodów elektrycznych — rozumiem, że wjeżdżam w kraj, idący za postępem cywilizacji, w kraj pracy i dyscypliny. I z ulgą oddycham.

Spędziłem we Włoszech 5 tygodni, listopad i początek grudnia. Sezon to dla turystyki martwy, znika lazurowy błękit nieba włoskiego, padają tu i ówdzie deszcze, jest chłodno, a cała dolina Padu, z Turynem, Mediolanem i Pavią, aż po Brescię a nawet często i Padwę — tonie w oparach gęstej, nieprzeniknionej mgły. Wszystko to oczywiście nie zachęca do turystyki, lecz dla mnie było to obojętne. Wszak nie szukałem ani piękna przyrody, ani wspomnień zamarłej, choć świetnej przeszłości. Interesowały mnie przejawy życia *obecnych* Włoch, wsłuchać się chciałem w oddech i rytm pracy, nowej, *młodej Italii*.

I zdaje mi się, że rytm ten, bijący z mózgów i mięśni milionów obywateli włoskich, z milionów serc włoskich, rytm pracy *całego* narodu — usłyszałem. I zdumiałem się: jest bowiem rzeczą trudną do pojęcia, by na przestrzeni kilkunastu zaledwie lat mógł naród *tak* się odrodzić, mógł ulec *tak* głębokim przemianom, mógł dokonać *tak* olbrzymiego dzieła przebudowy...

ORGANIZACJA WŁOSKICH STUDIÓW LEKARSKICH.

Włochy mają mnóstwo uniwersytetów, dużych i małych, sławnych i mniej znanych. Mają takie, które były niegdyś słynne, lecz potem podupadły i takie, które z mniejszym lub większym powodzeniem podtrzymywały swe świetne tradycje. Dziś jednakże wszystkie zadrgały nowym, wzmożonym tętnem pracy.

Nie wszystkie uniwersytety włoskie mają wydziały lekarskie; lecz w ogóle jest ich dosyć, a może nawet za wiele, jak na czterdziestokilkomilionową ludność. Jak we wszystkich innych dziedzinach życia, tak i w tej widać ów znamienny dla Włoch objaw: brak miejsca, brak powietrza, za mało przestrzeni. Za dużo energii ludzkiej gromadzi się na tak małej powierzchni: półwysep Apeniński rozpiera nadmiar ludzi.

Wydziały lekarskie znajdują się w następujących uniwersytetach włoskich: Bari, Bolonia, Florencja, Genua, Mediolan, Neapol, Padwa, Parma, Pavia, Perugia, Pisa, Rzym, Siena, Turyn; Catania, Messyna, Palermo (w Sycylii) oraz Cagliari i Sassari (w Sardynii).

Oczywiście było fizyczną niemożliwością zwiedzić je wszystkie w ciągu kilku tygodni, nawet biorąc pod uwagę świetne i częste połączenia kolejowe, nawet uwzględniając znaczną szybkość biegu pociągów, spotykaną poza Włochami chyba tylko we Francji. Urządziłem się przeto w ten sposób, że od granicy austriackiej skierowałem się najpierw na południe, zwiedzając kliniki i szpitale w Padwie, Bolonii, Florencji, w Rzymie i Neapolu; stąd zawróciłem na północ i poznałem kliniki w Pavii, Mediolanie i Turynie. Wreszcie przepiękną drogą, wykutą przed kilku laty w skałach Alp „Morskich", skierowałem się ku Francji, z żalem żegnając gościnny i pracowity lud włoski.

Zanim opiszę wrażenia, jakie w tym krótkim, lecz do każdej godziny wyzyskanym czasie utrwaliły się w mej pamięci, pragnę zaznajomić polskich kolegów z organizacją studiów lekarskich we Włoszech. tak różną od naszej, austriackiej i francuskiej [1]).

Studia lekarskie we Włoszech trwają 6 lat i podzielone są na 3 okresy dwuletnie. W pierwszym dwuleciu obowiązują następujące przedmioty: chemia i fizyka lekarska. biologia i zoologia, anatomia opisowa, fizjologii część I, oraz patologia ogólna. W drugim dwuleciu: fizjologii część II, patologii ogólnej część II, farmakologia, patologia szczegółowa chorób wewnętrznych i metodologia kliniczna, patologia szczegółowa chirurgiczna wraz z propedeutyką chirurgiczną oraz anatomia patologiczna i histopatologia. Wreszcie ostatnie dwulecie, poza higieną, wypełniają wszystkie przedmioty kliniczne: choroby wewnętrzne, dziecięce, nerwowe. kobiece i położnictwo, chirurgia, choroby skórne i weneryczne *(Clinica Dermosifilopatica)*, choroby oczu, nosa, gardła i uszu oraz dentystyka. Oprócz tych 21 przedmiotów zasadniczych, istnieje jeszcze 7 dodatkowych *(Insegnamenti complementari)*: chemia biologiczna. histologia i embriologia, mikrobiologia, medycyna pracy, radiologia, anatomia chirurgiczna wraz z kursem operacyjnym, wreszcie medycyna urazowa i ortopedia. Znamienne dla stosunków, obecnie we Włoszech panujących, są dwa przedmioty: medycyna pracy *(Medicina del lavoro)* i „Ubezpieczenia Społeczne" (nauczane łącznie z medycyną sądową).

Przed wpisaniem się na III i na V rok studiów student musi zdać wszystkie egzaminy z poprzedniego dwulecia. Wykłady kliniczne chorób wewnętrznych i chirurgii muszą być uzupełnione 6-miesięczną praktyką, którą studenci odbywają w ciągu ostatnich dwu lat studiów w klinice lub w szpitalu.

Złożywszy egzaminy ze wszystkich obowiązkowych przedmiotów i przynajmniej z 3 przedmiotów „dodatkowych" (łącznie 24 egzaminy) może student przystąpić do egzaminu „laureackiego", do którego musi przedłożyć w maszynopisie pracę, tzw. *„tesi di laurea"*, którą opracowuje w ciągu ostatnich 2 lat studiów. Dopiero wówczas staje się kandydat „laureatem w medycynie i chirurgii" i otrzymuje tytuł: *„Dottore in medicina e chirurgia"*, co jednakże nie uprawnia go do wykonywania praktyki lekarskiej; tytuł ten bowiem jest wyłącznie tytułem

---

[1]) Organizację studiów lekarskich we Francji opisałem pokrótce w artykule pt.: „Moje wrażenia z zagranicznych klinik i szpitali (Paryż, Londyn. Strassburg)". Pol. Gaz. Lek. Nr 9 i 10, 1933.

akademickim. Aby uzyskać prawo praktyki musi młody „doktór" zdać wkrótce po egzaminach uniwersyteckich praktyczny egzamin *państwowy*, na *innym* włoskim uniwersytecie, jednakże nie prędzej, niż po upływie kilku miesięcy, tym razem bez przedkładania pracy. Dopiero po tym egzaminie otrzymuje tytuł *„Medico-Chirurgo"* i może wykonywać praktykę lekarską na całym obszarze Imperium, jednakże tylko w medycynie *ogólnej*. Ten tytuł bowiem nie uprawnia lekarza w żadnym wypadku do używania nazwy „specjalisty" i do uprawiania praktyki w jakimś *specjalnym* dziale medycyny, choćby nie wiadomo jak długo praktykował w tym dziale na jakiejś klinice lub w szpitalu.

Tytuł specjalisty można otrzymać dopiero po dodatkowych studiach praktycznych i teoretycznych, na tzw. kursach specjalizacji *(„Scuola di perfezionamento")*. Tylko wydziały lekarskie nielicznych uniwersytetów są upoważnione do prowadzenia kursów specjalizacji.

Czas trwania owych kursów jest ściśle określony dla każdego działu klinicznej medycyny i wynosi: dla chirurgii 5 lat, dla położnictwa i ginekologii — 4 lata, dla okulistyki, neurologii i urologii — po 3 lata, dla chorób narządów oddechowych, dermatologii i wenerologii, pediatrii, radiologii, higieny publicznej — po 2 lata, wreszcie dla higieny szkolnej — 1 rok.

Program kursów jest dokładnie określony, ilość słuchaczy ograniczona. Wykłada się bowiem nie tylko przedmioty danego działu, lecz także i *wszystkie inne*, mające związek z daną specjalnością; wykładowcami są profesorowie. Jednym słowem lekarz, specjalizujący się, musi powtórzyć *całą* medycynę, oczywiście w zastosowaniu do swego działu. Jako przykład podam program specjalizacji w zakresie chorób skórnych i wenerycznych. Trwa ona, jak wspomniano, 2 lata. Na I roku wykłada się: anatomię, fizjologię, bakteriologię, urologię i patologię, oczywiście tylko w zastosowaniu do potrzeb specjalisty chorób skórnych i wenerycznych. Na końcu roku kandydat zdaje z każdego z tych przedmiotów egzamin, po czym może zapisać się na II rok specjalizacji, na którym słucha następujących przedmiotów: kliniki chorób skóry i narządów płciowych, serologii, lecznictwa fizykalnego, anatomii patologicznej (histopatologii) oraz medycyny sądowej. Na końcu roku składa lekarz znowu egzaminy, po czym może ubiegać się o tytuł specjalisty, pod warunkiem, że przedłoży pracę, ogłoszoną drukiem, i to pracę poważną, nie tyle pod względem objętości, ile treści; opracowuje ją w czasie II roku specjalizacji. Te prace, tzw. *„Tesi per il diploma di perfezionamento in Clinica..."*, są zwykle bardzo wartościowe, bo też i przygotowanie kandydata jest naprawdę pod każdym względem dobre. Wszak przez całe 2 lata (albo i więcej, jeśli chodzi o inne specjalności) musi on pracować na klinice także i *praktycznie*, przechodząc coraz to inne działy; zajęty więc jest w przychodniach, na salach chorych, w pracowniach podręcznych i naukowych, na oddziele dla lecznictwa fizykalnego itd. Jeśli doda się do tych zajęć wykłady teoretyczne, przygotowanie do egzaminów (składanych na końcu każdego roku), wreszcie „tezę", wówczas jasnym jest, że lekarz taki musi napracować się naprawdę bardzo ciężko od świtu do nocy, zanim wreszcie uzyska uprawnienie do używania tytułu „specjalisty". A pracuje przy tym nie tylko z pożytkiem dla siebie, lecz także i dla kliniki, która zyskuje w ten sposób poza etatem swoich asystentów bardzo dobrego, a obowiązkowego pracownika.

O przedłożonej pracy odbywa się na komisji egzaminacyjnej wydziału lekarskiego dyskusja i w razie jej pomyślnego przebiegu, co zresztą jest niemal zawsze, bo egzaminy zdaje się na końcu każdego roku specjalizacji — kandydat otrzymuje cenny tytuł *„Specialista delle malatie..."* i może wykonywać praktykę *wyłącznie* w danym dziale medycyny.

Taka organizacja studiów utrudnia wprawdzie specjalizację, ma jednakże bardzo dodatnie strony: wszak publiczność udając się do specjalisty darzy go w danym zakresie wiedzy lekarskiej większym zaufaniem, niż lekarza „wszech nauk lekarskich" i polega na jego rozpoznaniu i leczeniu. Że wobec trudnych warunków jest we Włoszech specjalistów mniej, to jasne; lecz że ci, którzy tego tytułu używają, są do tego — jeśli chodzi o zasób ich wiedzy — i upoważnieni i przygotowani, to także jasne. Należało by dobrze rozważyć, czy nie było by wskazane, by również i w Polsce zaprowadzić system kontrolowanej specjalizacji. Zresztą zagadnienie to jest przedmiotem zainteresowania kół lekarskich całego świata, czemu między innymi dał wyraz ostatni Kongres Dermatologów w Budapeszcie. Jeden z głównych referentów sprawy nauczania dermatologii, prof. Lenartowicz, w artykule swoim wypowiedział się za wprowadzeniem kontrolowanej specjalizacji [2]).

Rok akademicki zaczyna się we Włoszech dnia 29 października, a kończy się w następnym roku w rocznicę marszu na Rzym (28. X.). Wykłady trwają stosunkowo nie długo, bo tylko do połowy czerwca. Za to ferie Bożego Narodzenia i Wielkanocne są bardzo krótkie. 15 lipca kończą się egzaminy letnie; wpisy zaczynają się 1 sierpnia, a od 1 do 15 października odbywają się dodatkowe egzaminy jesienne.

PADWA.

Padwa, to typowe miasto uniwersyteckie, ciche, spokojne. W mieście tym po raz pierwszy spotkałem się z owym kontrastem, tak znamiennym dla dzisiejszych Włoch: wzdłuż średniowiecznych kamieniczek, ocieniających szeregiem łukowych sklepień chodniki, biegną lśniące, asfaltowe ulice. W pewnym miejscu strzałka orientacyjna wskazuje na odgałęzienie autostrady, biegnącej do Wenecji i kończącej się słynnym mostem długim na 4 km, a łączącym Wenecję z lądem stałym. Można dziś przyjechać koleją lub samochodem w sam środek tego dziwnego miasta, a tragarz przenosi walizki wprost z pociągu lub samochodu do motorówki lub gondoli... Ileż wieków trzeba było, by dokonać tego dzieła. Nikt dotąd nie podjął się tego, pomyślała o tym dopiero Italia doby dzisiejszej. Prac dokonano w błyskawicznym tempie, a w sposób naprawdę imponujący: most wspiera się na 228 łukach, pilastry bito w morzu. Na przestrzeni 4 km widzi się niemal u stóp pociągu okręty i łodzie rybackie.

Z murów kamienic biją w oczy przybysza olbrzymie napisy propagandowe, umieszczone niejednokrotnie na wysokości II, a nawet III piętra. Czyta się więc na każdym kroku:

„Niech żyją Włochy". — „Niech żyje Duce". — „Niech żyje Król". — „Niech żyje Armia". — „Wierzyć, słuchać, walczyć". — „Jedno jest zdanie i jedno słowo: *przetrwać*". — „Lepiej przeżyć dzień w chwale, niż wiek w hańbie". — „Wielu nieprzyjaciół — wiele zaszczytu" — itd. Oczywiście napisy te pochodzą z nie tak dawnego okresu sankcyj, kiedy wojna z Anglią wisiała w powietrzu. Jakaś grupa Anglików notuje skrzętnie te napisy. I napewne zanotowali je dobrze także i w sercach swoich, boć przecie musieli ustąpić przed tym żywiołowym odruchem narodu włoskiego. Za napisami stanęła silna armia, wzbiła się nad Morze Śródziemne powietrzna flota włoska. Dzieło założenia Imperium Włoskiego zostało dokonane.

Parki i ogrody publiczne (nie tylko w Padwie, lecz we wszystkich miastach włoskich!) są przepiękne, czyste, ślicznie założone i utrzymane. I roją się od dzieci. Jakże pusto w porównaniu z nimi wygląda paryski ogród Luksemburski czy Tuilerie. Zadziwiająca jest ilość dzieci we Włoszech — zjawisko, które spostrzegałem na wszystkich niemal etapach mojej podróży. Roją się od dzieci ogrody, tramwaje, ulice, ambulatoria kliniczne i szpitalne. Zdanie, które słyszałem w wywiadach chorych wszelkich warstw społecznych: „6—8, a nawet i 12 dzieci" — przestało mnie niebawem dziwić. Może tylko Piemont i Lombardia stanowią pod tym względem wyjątek, poza tym ilość dzieci jest we Włoszech wręcz niebywała, a już Południe Italii nie mnoży się, lecz wprost „roi".

700-letni uniwersytet padewski otacza największą czcią swe zabytki. Zachowała się np. doskonale stara sala wykładowa z XVI wieku, *„Theatrum anatomicum"*, z antycznymi, śmiesznymi ławkami. Padwa nie była obca i naszym przodkom. Wśród niezliczonych herbów, rytych na ścianach i stropach krużganków przez uczniów uniwersytetu padewskiego, oglądać można herby Naruszewicza, Ossolińskich, Dobrzyckiego, Doruchowskiego, Strońskiego, Krapowickiego i wielu innych Polaków, a w wspaniałej sali *„Aula magna"* nie bez wzruszenia dostrzegam złocony herb Lwowianina i czytam napis: *„Boym-Leopoliensis"*. Jakaż więc była sława tej uczelni, skoro ściągali do niej ludzie aż z tak odległych stron...

Klinika Dermatologiczna mieści się w grupie całego zespołu budynków szpitalnych i leży niedaleko od śródmieścia. Stosunek szpitala do kliniki nie jest jednaki we wszystkich miastach włoskich; w jednych klinika jest równocześnie oddziałem miejscowego szpitala komunalnego i wówczas profesor jest zarazem prymariuszem (*„Primario"*); te kliniki są okazalsze i przyjmują chorych przez cały rok, mają też większy materiał. W innych natomiast miastach, jak np. w Rzymie, Neapolu i w Turynie, organizacja jest podobna do naszej: niezależnie od klinik istnieją oddziały szpitalne. W tych miastach kliniki

---

[2]) Lenartowicz: *„Enquête Européenne (sur l'enseignement Dermato-Syphiligraphique). Deliberationes Congr. Dermatologorum Intern.* IX.-i, Vol. III. Str. 164.

są mniejsze i nie przyjmują chorych w czasie feryj wakacyjnych; jednakże przychodnie kliniczne otwarte są wszędzie przez cały rok. Nie mogłem dociec, od czego zależy ten różny sposób organizacji szpitalnictwa w różnych miastach; przypuszczam, że są to zwyczaje miejscowe. W każdym razie szpitale pozostają zawsze w łączności z klinikami, a prymariusze oddziałów szpitalnych są zwykle docentami, zwanymi we Włoszech również „*profesorami*".

Kliniki padewskie są równocześnie oddziałami szpitalnymi. Dyrektorem kliniki dermatologicznej jest prof. Mario Truffi, znany w całym świecie naukowym ze swych badań kiły doświadczalnej; szczep krętków bladych, zwany powszechnie „szczepem Truffiego" jest jednym z najstarszych szczepów laboratoryjnych. Nazwisko Truffiego jest drugim włoskim nazwiskiem, nierozerwalnie związanym z historią nauki o kile doświadczalnej. Pierwszym było nazwisko Eugeniusza Bertarelliego, profesora higieny w Pavii, któremu udało się przeszczepić kiłę na króliki. Dzięki temu kiła doświadczalna, praktykowana przed tym jedynie na małpach i dostępna nielicznym tylko badaczom, nabrała tak wielkiego rozmachu i przyczyniła się do wyjaśnienia tylu zagadnień, podstawowych dla znajomości kiły u ludzi.

Profesor M. Truffi, jeden z nestorów dermatologii światowej, jest człowiekiem niezwykle skromnym i ujmującym w obejściu, a prostota, z jaką mówi o swych badaniach, wprost zadziwia. Jest przy tym niezwykle uprzejmy i uczynny, co zresztą jest cechą często u Włochów spotykaną. Prof. Truffi ofiarował klinice lwowskiej (która od kilku lat prowadzi również badania kiły doświadczalnej) króliki, zaszczepione szczepem krętków, przez siebie wyhodowanym i z największą gotowością ułatwił mi ich wysyłkę do kraju.

Syn Truffiego, uczeń jego i również dermatolog, niedawno i przedwcześnie zmarły, docent Giovanni Truffi miał już, mimo młodego wieku, głośne nazwisko. Jego badania kiły doświadczalnej, leczenie chorób skórnych promieniami Roentgena i in. przyniosły mu zaszczytną nagrodę Mussoliniego; był też zaproszony do Paryża, gdzie w szpitalu św. Ludwika, w historycznej sali Fourniera wygłosił sprawozdanie ze swoich prac.

Klinika padewska jest doskonale prowadzona i bardzo czynna; wychodzi z niej rok rocznie wiele prac, oczywiście głównie z zakresu kiły doświadczalnej, a więc z badań Truffiego, którego prace zjednały tej klinice światową sławę. Obok Mistrza wybija się jego adiunkt prof. Cerutti, z którym zetknąłem się po wyjeździe z Włoch w Paryżu.

Klinika ma 80 łóżek, prócz tego osobny mały pawilon dla chorych na trąd. W dość dużym i ruchliwym ambulatorium zwróciła moją uwagę stosunkowo znaczna ilość chorych na rzeżączkę.

Jak wszystkie kliniki włoskie, tak i padewska jest dobrze wyposażona w pracownie naukowe i aparaty, służące do lecznictwa fizykalnego. Sale chorych czyste, lecz urządzone bardzo skromnie i prosto. Wszędzie posadzki są kamienne, podobnie zresztą, jak w większości włoskich szpitali; nadaje to im atmosferę jakby chłodu i surowości, a grube mury i zwyczajne okna, oczywiście w budynkach starszych, wrażenie to jeszcze potęgują. Jednakże przyznać należy, że mimo skromnego urządzenia i umeblowania panuje wszędzie czystość i porządek. Podobnie jak w większości włoskich szpitali pracują w charakterze personelu pielęgniarskiego i administracyjnego wyłącznie siostry zakonne. Pielęgnowanie i dbałość o chorych jest wszędzie wzorowa.

Organizacja personelu lekarskiego w klinikach włoskich jest zbliżona do naszej.

Oprócz profesora istnieje „*aiuto*" (adiunkt), zwykle docent, oraz kilku asystentów. Asystentem można zostać po złożeniu egzaminu praktycznego i teoretycznego przed profesorem danej katedry, oczywiście niezależnie od specjalizacji i egzaminów, wymaganych do uzyskania tytułu specjalisty. Zatem nowa korzyść systemu specjalizacji: kliniki i szpitale, mianując asystentów nie otrzymują materiału surowego, lecz ludzi, bądź co bądź dobrze już przygotowanych. Wnioskując z organizacji studiów sądzę, że istnieje zasadnicza różnica między włoskim a polskim systemem szkolenia lekarzy: Polska kształci lepszych lekarzy *ogólnych*, dzięki przymusowej praktyce lekarskiej *po* studiach, natomiast Włochy dbają więcej o poziom *lekarzy-specjalistów*. Można by bardzo dobrze oba te systemy ze sobą pogodzić.

Jeśli klinika jest równocześnie „szkołą specjalizacji" (nie wszystkie Wydziały Lekarskie mają we Włoszech ten przywilej), wówczas rozporządza oczywiście prócz pracowników etatowych, także kandydatami kursów specjalizacji, zazwyczaj bardzo pilnymi i chętnymi pracownikami.

BOLONIA.

Podobnie jak klinika w Padwie nastawiona jest głównie na jeden kierunek badań tj. badań kiły doświadczalnej, tak klinika *bolońska* bardzo dużo uwagi poświęca chorobom grzybkowym skóry. Dyrektora tej kliniki, prof. Martinotti'ego niestety osobiście nie poznałem; przyjął mnie bardzo uprzejmie i po koleżeńsku adiunkt prof. Tarchini, a że opisał nowy typ grzybicy drożdżowej skóry, pokazywał mi z chlubą cenne zbiory grzybów, wyhodowane w klinice. Zbiory to naprawdę piękne i nie na wszystkich klinikach europejskich spotykane.

Klinika bolońska jest równocześnie oddziałem szpitalnym, a mieści się w ogromnym zespole budynków starego szpitala św. Urszuli. Gmach stary i ponury, ma 150 łóżek łącznie z „*Riparto celtico*", jak nazywają we Włoszech oddziały weneryczne. Materiał bardzo cenny, uderza stosunkowo dość duża ilość nabłoniaków i oparzeń. Zresztą materiał chorych, jaki spotykałem we Włoszech, omówię potem oddzielnie; nie chcę bowiem teraz, przy opisywaniu klinik, rozpraszać uwagi czytelnika wymienianiem poszczególnych przypadków.

Sale chorych — jak wspomniałem — są smutne i ponure, ale czyste. Piękne są pracownie naukowe, powiedziałbym nawet, że nowocześniej urządzone, niż sale dla chorych. Nadmienię, że w Bolonii wychodzi jedno z 3 czasopism dermatologicznych włoskich, „*Archivio di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*".

A jeśli chodzi o samo miasto — nie będę wyrażał swych zachwytów nad placem Wiktora Emanuela z przepięknym wodotryskiem Neptuna, ani nad słynnymi krzywymi wieżami „*Garisenda*" i „*degli Asinelli*". Są to rzeczy znane a stare i świadczące o chwale minionych wieków. Za to w przepiękny, słoneczny dzień włoskiej jesieni pójdę na krańce miasta, by zobaczyć chlubę *nowych* Włoch: stadion sportowy „*Littoriale*", dzieło tym godniejsze uwagi, że przecież stworzone zostało w trosce o tężyznę młodych pokoleń włoskich.

Jest to jedno z tych monumentalnych dzieł architektury, którymi zapełniły się i ciągle jeszcze zapełniają powojenne Włochy. Stadion, ukończony w r. 1926, skonstruowany został na wzór starorzymskich budowli tego rodzaju. Siedzenia kamienne, amfiteatralnie wzniesione, na 40.000 miejsc! Jest to największy stadion we Włoszech i — rzecz znamienna — nie zbudowano go w Rzymie, lecz w jednym z miast prowincjonalnych. Rzym rozbudowuje się z rozmachem, prawdziwie „po rzymsku", a przecież nie wchłania wszystkiego i jest dla swej prowincji naprawdę „ojcem"; prowincja dla stolicy nie jest tylko biednym kopciuszkiem...

Przez ogromne, jasne okna widziałem w pawilonach, okalających stadion, przepych urządzeń gabinetów lekarskich i zbytek pomieszczeń. Medycyna sportu jest we Włoszech nauką, postawioną na wysokim poziomie i otoczoną przez władze wielką opieką; wynika to z ogromnej troski, jaką poświęcają nowoczesne Włochy wychowaniu fizycznemu młodzieży i szerokich mas robotniczych. Pomijam ćwiczenia sportowe i przysposobienie wojskowe, praktykowane na szeroką skalę u młodzieży od najmłodszych lat. Więcej zastanowiło mnie zjawisko, którego nie znałem, a mianowicie propaganda „campingów" i sportu wśród rzesz robotniczych. Instytucja zwana „*Dopolavoro*" (dosłownie: „po pracy") zajmuje się robotnikiem w godzinach wolnych od pracy i główny nacisk kładzie właśnie na wychowanie fizyczne, przez uprawianie sportu w najrozmaitszych jego gałęziach. A dąży przy tym *nie do współzawodnictwa*, lecz raczej do tego, by zamiłowanie do sportu zaszczepić w *masy*. Jak drobiazgowo zostało wszystko przemyślane, wystarczy podać, że każdy robotnik (a „*Dopolavoro*" ma $2^1/_2$ miliona członków) jest bezpłatnie ubezpieczony od wszelkich wypadków, jakie mogą mu przytrafić się przy ćwiczeniach sportowych.

Tuż obok głównego stadionu bolońskiego znajduje się drugi mniejszy, przeznaczony wyłącznie dla sportu pływackiego. Szmaragdowa woda wypełniała basen po brzegi, a w kryształowej toni odzwierciedlały się rzędy marmurowych, amfiteatralnie wzniesionych stopni dla widzów. Dzień był listopadowy a przy tym upalny...

W głównym stadionie, w pośrodku stopni lewego rzędu, wznosi się ogromny, spiżowy konny posąg Mussoliniego. Wszak on był tym, który rzucił narodowi hasło:

„*Poprawić ziemię — a z ziemią ludzi — a z ludźmi rasę*".

I dlatego, by „poprawić rasę" budują Włochy tego rodzaju dzieła, propagują sport, organizują „*Dopolavoro*", wznoszą szpitale, walczą z gruźlicą i otaczają młodzież serdeczną troską...

W ślicznej greckiej wazie, umieszczonej na cokole u wejścia do „*Littoriale*", rośnie malutki dąb; zasadzono go na pamiątkę zwycięstwa, odniesionego w biegu na 80 m. Spiżowymi

literami upamiętniono czas: 11 sekund. I nazwisko zwyciężczyni: Valla Ondina. A u stóp dębu wyryto napis: „Niechaj rośnie na chwałę zwycięstwa...".

Stadion boloński zostawia niezatarte wrażenie.

C. d. n.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 15—16. 1937.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 34. 1937.

Zdrowie Publiczne. Nr 7. 1937.

Klinika Współczesna. Nr 7—8. 1937.

Nowiny Lekarskie. Z. 16. 1937. — T. Rafiński: Badania doświadczalne uśpienia za pomocą evipan-natrium. — St. Świerczek: Zmienność opadania krwinek. — Z. Kajkowski: Przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych na tle kamicy nerkowej. — E. Schittek: Przypadek torbieli niezwykłej wielkości.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 31—32. 1937. J. Handzel: Patogeneza i leczenie zmian statycznych kręgosłupa u niemowląt i dzieci wieku szkolnego. — B. Jochweds i A. Wajngot: Badania kliniczne szybkości krwiobiegu metodą sacharynową Liana i Facqueta. — M. Leński: Z kazuistyki chorób płuc. — L. Dmochowski: O nowotworach dających się przenosić za pomocą przesączów bezkomórkowych.

OCENY.

L'Analyse mentale en pratique médicale. A. AUSTREGESILO. Masson et Cie, Paris 1936. Str. 130, 8°.

Jest to przekład francuski, dokonany z oryginału portugalskiego. Autor jest profesorem kliniki neurologicznej na Uniwersytecie w Rio de Janeiro i autorem szeregu prac z zakresu psychoterapii. Omawiana praca zawiera *credo* psychoterapeutyczne, utworzone po wielu latach praktyki lekarskiej. Autor jest psychoanalitykiem. Głównie przejął się psychoanalizą Freuda. Inne kierunki są mu obce i wchłonął z nich niewiele, jakkolwiek przytacza Adlera i Stekla. Praca, jak to bywa, przeładowana jest mnóstwem teoryj, które są wynikiem stosowanej przez autora „analizy psychicznej", mało są jednak przydatne dla zrozumienia samej psychoterapii. Do Freudowskiej *libido* autor dodaje jeszcze *głód*, jako drugi czynnik popędowy, odgrywający wespół z jaźnią naczelną rolę sprawcy w powstawaniu nerwic. Analiza psychiczna jako metoda lecznicza winna więc w każdym przypadku ujawnić te trzy czynniki: *libido, fames* i *ego.* W praktyce swej autor zdaje się jednak uwzględniać i wiele innych czynników, stanowiących podstawę rozmaitych metod psychoterapeutycznych. Psychonerwice autor dzieli na 5 grup: neurastenia, histeria, aporioneuroza (zespół obejmujący Freudowską nerwicę lękową oraz psychastenię Janeta), nerwica natręctw i cenestopatia.

T. Bilikiewicz.

Gestes et procédés techniques de chirurgie générale (Gesty i sposoby techniczne chirurgii ogólnej). J. BERGER. Masson et Cie, Paris 1936.

Przed rokiem referowałem o podobnej książce Okinczyca. Berger, uczeń Gosseta, ujmuje temat odmiennie. Omawia naprzód zasady ogólne, spokój, delikatność, ustawienie asysty, porządek w narzędziach oraz należyte ułożenie chorego. Doskonałe rysunki ilustrują, jak nie należy i jak należy trzymać nóż, nożyczki, kleszczyki, jak zakładać haki i jak szyć. Następnie omawia wybór cięcia skórnego, postawę operatora, oraz wszystkie szczegóły cięcia powłok i tamowania krwawienia, dając mnóstwo wskazówek opatrzonych rycinami. Bardzo szczegółowo i pięknie opracowane jest wydobywanie i oddzielanie guzów i narządów jamy brzusznej, przy czym chciałbym podkreślić sposób używany na klinice Gosseta wycinania woreczka żółciowego. Mianowicie, stół operacyjny z chorym ustawia się pod kątem 45° ku stronie lewej, operator staje po stronie lewej chorego; wówczas wątroba opada ku linii środkowej i woreczek po zwykłym cięciu w linii białej daje się z łatwością wydobyć.

W dalszym ciągu podaje autor cały szereg opisów techniki przy wycięciu wyrostka robaczkowego od przodu i tyłu, przy wycinaniu macicy i jajników, przy szwach jelitowych, zakładaniu przetok i resekcjach jelit.

Kończy książkę ustęp o drenowaniu i tamponadzie. Autor jest zwolennikiem drenowania wypadków zakażonych, natomiast tamponowanie radzi ograniczać do minimum. Jeszcze kilka wskazówek, jak należy myć ręce i ubierać rękawiczki.

Książka bardzo zajmująca i pożyteczna, szczególnie dla młodych chirurgów.

S. Ruff (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Badania jadowitości prawidłowego moczu, jak i w przypadkach wodonercza u królików oraz spostrzeżenie dążności zlepnej w przypadkach uszkodzeń narządu moczowego u królików. H. HENNINGER i B. STIKA. Zeitschr. f. urol. Chir. u. Gynäkol. T. 42. Z. 1—2. 1936.

Zagadnienie większej lub mniejszej jadowitości moczu ma znaczenie, zwłaszcza w przypadkach utrudnionego jego przechodzenia z miedniczki do pęcherza, co w dalszych okresach może już prowadzić do stanów mocznicowych. Po doświadczeniach i badaniach jadowitości moczu i jej skutków po wlewaniu moczu do wolnej jamy otrzewnowej, po założeniu przetok żylno-moczowodowych przy zdrowych nerkach, i wodonerczo zmienionych, autorowie wykonali doświadczenia u królików, którym w jednej grupie usuwali nerki, w innej podwiązywali moczowody. Jedne i drugie zwierzęta ginęły z powodu mocznicy z tą tylko różnicą, że u zwierząt grupy drugiej okres życia był średnio dwukrotnie dłuższy, aniżeli w grupie pierwszej. Z tego wynika, że mocz nerek hydronefrotycznie zmienionych jest mniej trujący, aniżeli mocz zwyczajny. Podobnie i nacieczenie moczowe przez wprowadzenie przeciętego moczowodu do jamy pozaotrzewnowej prowadziło zawsze do śmierci w odróżnieniu od nacieczenia wywołanego moczem, ale z nerki poprzednio hydronefrotycznie zmienionej, co można by tłumaczyć brakiem lub upośledzeniem wydalania ciał trujących przez taką nerkę, którą to czynność przyjmuje zastępczo i w całej rozciągłości nerka druga.

Poza tym autorowie stwierdzali bardzo znaczną dążność do szybkiego i samoistnego zlepiania się uszkodzeń, nacięć miedniczki, załamków, moczowodu, a nawet pęcherza królików, a przyczynę tego widzą w zapaleniu wytwórczym.

St. Malczyński (Lwów).

Wrodzony brak przewodu nasiennego. E. BALZAR i H. WEBER. Zeitschr. f. urol. Chir. u. Gynäkol. T. 42. Z. 1—2. 1936.

Jednostronny brak przewodu nasiennego, stosunkowo nie tak rzadki, łączy się zwyczajnie z aplazją lub hipoplazją nerki i moczowodu danej strony. Autorowie przedstawiają dwa przypadki zupełnego, jednostronnego braku przewodu nasiennego, co zostało stwierdzone klinicznie, sekcyjnie i histologicznie. Przypadki te są o tyle interesujące i rzadkie, o ile chodzi o rozpoznanie, z uwagi na brak innych zaburzeń rozwojowych w zakresie reszty narządu moczowo-płciowego, z wyjątkiem pewnego zresztą nieznacznego zaniku jądra w pierwszym przypadku. Praktyczne znaczenie takich przypadków polega na konieczności zwrócenia dokładnej uwagi na nerki i stopień ich rozwoju w razie niemożności stwierdzenia *duct. deferens* przy wazektomii. To zagadnienie nabiera znaczenia, zwłaszcza że wazektomia, najczęściej jako wstępny akt do usunięcia gruczołu krokowego, warunkuje skutek późniejszego, właściwego zabiegu, zwłaszcza w przytoczonych przypadkach przede wszystkim zależnie od stanu nerek.

St. Malczyński (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Badania kliniczne i doświadczalne elektrokardiogramu. Doniesienie V. O jednofazowych odprowadzeniach ze serca zwierząt. B. HAAGER i A. WEBER. Ztschr. f. klin. Med. 131, 136—141. 1936.

Na podstawie doświadczeń z odprowadzenia bezpośredniego ze serca żółwi potwierdzają autorowie teorię powstawania elektrokardiogramu z dwóch części jednofazowych.

H. Długosz (Lwów).

VIII. doniesienie. Wskaźnik Schlomki. A. WEBER. Ztschr. f. klin. Med. 131, 142—164. 1936.

Schlomka podał następujący wskaźnik dla określenia typu elektrokardiogramu:

$$(R_1 - S_1) - (R_3 - S_3)$$

(R + S) największe wychylenie w I lub III odprowadzeniu.

Jeżeli indeks ma wartość dodatnią, przyjmuje się typ lewokomorowy, jeżeli ujemną, typ prawokomorowy. Na podstawie badań dochodzi autor do wniosku, że indeks Schlomki pozwala określić typ prawo- i lewokomorowy, nie uwzględnia natomiast ułożenia serca i jednostronnego opóźnienia w rozchodzeniu się bodźca. Z wiekiem występuje częściej typ lewokomorowy. Nie świadczy to jednak o zmianie czynnościowej serca, lecz wiąże się raczej z wyższym ustawieniem przepony i zwiększeniem masy lewej komory z następowym obrotem serca, ponadto typ lewokomorowy wystąpić może także wskutek innej przyczyny. Dlatego nie można mówić o zmianach starczych EKG i na ich podstawie rokować. *H. Długosz* (Lwów).

Statystyka dławicy piersiowej w świetle dociekań własnych i obcych. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI i H. RASOLT. Medycyna. Nr 11 i 12. 1937.

Autorowie omawiają dość znaczny materiał, obejmujący 536 przypadków dławicy piersiowej, a zebranych w latach 1925—1932 w przychodnianej praktyce domowej. Odsetek chorych dławicowych w stosunku do innych schorzeń w zakresie narządu krążenia wyniósł około 12%, co zgadza się i to bardzo ściśle ze statystyką amerykańską Withe'a, a nie odbiega zbytnio od liczb Kollera. Częstość dławicy piersiowej w stosunku do wszelkich innych chorych wynosi około 4.6%. Interesująca jest skłonność do wzrastania w ostatnich latach przypadków dławicy piersiowej. Według autorów, prawdopodobnie poza przyczynami natury gospodarczej odgrywają też pewną rolę czynniki meteorologiczne, pogarszające się stale od 1928 r. Co do częstości dławicy piersiowej, to na grupę pochodzenia organicznego przypadło 78.7%, z czego na zmiany przewlekłe (koronalgia, aortalgia, myokardialgia) 71%, a na ostre (zawał sierdzia) 7.7%; w grupie zaś pochodzenia nieorganicznego (na tle czynnościowym — bez zmian anatomicznych) 21.3%, co pokrywa się ze spostrzeżeniami obcych autorów. Jeśli chodzi o wiek, to większość przypadków dławicy piersiowej pochodzenia nieorganicznego przypada między 40—50 r. życia, a organicznego między 50—60 r. ż., co także zasadniczo nie odbiega od zestawień innych autorów. Należy tutaj podkreślić wielką niezależność pomiędzy miażdżycą naczyń wieńcowych i tętnicy głównej, a dławicą piersiową. Gdyby bowiem ta kwestia była rozstrzygająca, to mielibyśmy dławicę piersiową w 50% u ludzi młodych a w 100% u starych. Raczej należało by przyjąć sumowanie się w starszym wieku całego szeregu czynników, jak intensywność i kłopoty pracy zawodowej, załamanie się układu wkrewno-wegetatywnego, zaburzenia trawienne i inne. Jeśli chodzi o wyznanie, to dławica piersiowa dotyczyła chrześcijan w 54.2%, żydów w 45.8%. Co do ostatnich, jeśli się weźmie stosunek liczbowy Żydów do ogółu mieszkańców w Polsce, procent zapadalności Żydów jest istotnie bardzo duży. Autorowie nie popierając koncepcji usposobienia rasowego, przypisują przyczynę powyższego stanu niepewnym i niespokojnym warunkom życia ludności żydowskiej, nieodpowiedniemu odżywianiu się, skłonności do otyłości. Co do zawodu, to chorzy rekrutowali się prawie wyłącznie z inteligencji miejskiej, przy czym największy procent przypadał na sfery kupiecko-bankowe, dalej urzędnicze, przemysłowe, sądownicze, inżynierskie, rolnicze, duchowne, wojskowe, na końcu lekarskie. Pod tym względem statystyka różni się od statystyk obcych, w których stwierdza się także znaczny odsetek wśród warstw ciężko fizycznie pracujących np. u robotników. Na 536 chorych obciążenie układu krążenia (na tle dziedzicznym) ustalono w 41.6%, przy czym w 21.2% stwierdzono mniejszą wartościowość sercowo-naczyniową w linii ojcowskiej, w 10.3% w linii macierzystej, a w 9.6% rola poszczególnych z rodziców pozostała nieustalona. Dziedziczna zatem skłonność do dławicy piersiowej zdaje się występować wyraźniej przez ojca, niż przez matkę. Z czynników etiologicznych nabytych, przede wszystkim kiła odgrywa główną rolę w powstawaniu dławicy piersiowej (1/4—1/5 przypadków), palenie natomiast tytoniu i alkoholizm w etiologii dławicy mają niewielkie znaczenie. Ból występował w 83.1% przypadków, za mostkiem, poza tym umiejscowienie jego było dość odległe od serca. Najczęstszą przyczyną wywołującą ból był ruch, wysiłki fizyczne, wzruszenie, najrzadziej nadużycie pokarmów. Lęk towarzyszył bólowi jedynie w 37.5% przypadków i zależał do pewnych granic od wrażliwości nerwowej chorego. Kobiety stanowiły 12.5% przypadków, a więc znacznie mniejszy w porównaniu ze statystykami obcymi, co można tłumaczyć intensywniejszym udziałem kobiet w walce o byt w państwach bliskiego i dalekiego Zachodu oraz w Rosji. Śmierć następowała przeciętnie w 8 lat od zjawienia się pierwszych objawów. Dla chorych pierwsze lata cierpienia są najcięższe. O ile w tym czasie chory nie ginie, niebezpieczeństwo śmierci w miarę trwania choroby zmniejsza się aż do 8 lat. W zakończeniu pracy autorowie zajmują się układem krążenia, rozważając wielkość serca, zjawiska wysłuchowe, częstość tętna, miarowość akcji sercowej, niewydolność krążeniową, ciśnienie krwi, rozpiętość ciśnienia, zmiany naczyniowe tak w zakresie tętnicy głównej, jak i tętnic obwodowych.

St. Malczyński (Lwów).

Statystyka schorzeń układu krwiotwórczego w ostatnim dziesięcioleciu. S. CHODKOWSKA. Medycyna. Nr 12. 1937.

Na 9.398 sekcyj wykonanych w latach 1926—1937 w Zakładzie Anat. Pat. U. J. P. 1620 przypadków przypadło na schorzenia układu krwiotwórczego. Najczęstszym cierpieniem była wtórna niedokrwistość (92%), najczęstsza u chłopców, dość częsta u kobiet i dziewcząt, najrzadsza u mężczyzn. Niedokrwistość wtórna towarzyszyła najczęściej gruźlicy, dalej nowotworom, zapaleniom jelit i płuc. Z 32 przypadków złośliwej niedokrwistości 25 dotyczyło kobiet. Wśród 37 przypadków białaczki było 24 przypadków białaczki szpikowej, a 13 limfatycznej. Ziarnicę złośliwą spostrzegano w 23 przypadkach. Z innych cierpień układu krwiotwórczego stwierdzono bardzo rzadko: niedokrwistość aplastyczną, niedokrwistość Jakscha - Hayema, krwawiączkę, chorobę Werlhofa, limfo- i leuko- mięsakowatość, poza tym także bardzo rzadko nowotwory szpiku (mięsaki i szpiczaki). *St. Malczyński* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Pęknięcia nerki. H. B. HERMANN. Zeitschr. f. urol. Chir. u. Gynäkol. T. 42. Z. 1—2. 1936.

Autor po dokładnym omówieniu symptomatologii pęknięć nerki, przedstawia dwa interesujące takie przypadki w następstwie urazu, rozpoznane przy pomocy pyelografii dożylnej, operowane i wyleczone. Jeden zwłaszcza przypadek o tyle był niezwykły, że mimo znacznego przerwania ciągłości nerki i wielkiej domieszki krwi w moczu, w krótkim czasie mocz oczyścił się i nawet mikroskopowo nie wykazywał krwi. Zjawisko to tłumaczy autor niemożnością spływania moczu do pęcherza wskutek wytworzenia się skrzepu krwi, który zamknął moczowód.

St. Malczyński (Lwów).

Kliniczny przyczynek do zagadnienia wodonercza. E. SUREN. Zeitschr. f. urol. Chir. u. Gynäkol. T. 42. Z. 1—2. 1936.

Autor na podstawie 86 przypadków wodonercza (59 kobiet i 27 mężczyzn) przyznaje, że często jest trudno ustalić przyczynę tego schorzenia. W przytoczonym materiale zdołano ustalić pierwotną przyczynę tylko w 26 przypadkach. Z przyczyn należy wymienić zaburzenia w rozwoju nerki (nerka podwójna), zwężenia moczowodu, ucisk naczyń na moczowód, przemieszczenie początku moczowodu w miedniczce, urazy, prowadzące do zmian w świetle, czy przebiegu moczowodu (zwężenia, zagięcia na tle zrostów). W pracy autor opisuje dwa przypadki, poza tym podaje przegląd metod leczniczych tych stanów, wśród których dobre usługi oddaje dwuczasowe usunięcie nerki (naprzód nefrostomia, potem nefrektomia), zwłaszcza w przypadkach ropienia, złego ogólnego stanu chorego itp. W końcu autor wspomina o częstym stosowaniu wycięcia XII żebra, co bardzo ułatwia usunięcie, zwłaszcza powiększonej nerki.

St. Malczyński (Lwów).

Niemożność wstrzymania moczu na tle spodziectwa u kobiety przy równoczesnym ektopicznym ułożeniu ujścia moczowodowego. F. GIRONCOLI. Zeitsch. f. urol. Chir. u. Gynäkol. T. 42. Z. 1—2. 1936.

Autor opisuje przypadek niemożności wstrzymania moczu u kobiety 22-letniej na tle wrodzonego spodziectwa, u której zastosowano plastyczną operację cewki. Poza tym u tej chorej stwierdzono przemieszczenie jednego ujścia moczowodowego, które znajdowało się w środkowej linii tylnego spoidła warg sromowych. Na drodze pozaotrzewnowej przeszczepiono ten moczowód do pęcherza. Przebiegi pooperacyjne dobre. Chora została wyleczona, a zdjęcie kontrolne nerki w trzy lata po wszczepieniu moczowodu nie wykazało żadnych zaburzeń, ani zmian. *St. Malczyński* (Lwów).

Fizjologia załamka. E. FUCHS. Zeitschr. f. urol. Chir. u. Gynäkol. T. 42. Z. 1—2. 1936.

W patologii nerek załamkowi *(fornix calicis)* przypisuje się duże znaczenie (pęknięcie załamka), mimo to możliwość istnienia jakiejś jego roli fizjologicznej jest do tej pory niepewna i niejasna. Na podstawie licznych rozważań autor dochodzi do wniosku, że załamek przecież przedstawia układ o pewnym fizjologicznym znaczeniu. Polegałoby ono na możliwości zachodzenia spraw o charakterze wchłaniania, niezależnych od ciągłości samego narządu, a uwarunkowanych przestrzeniami między komórkami nabłonkowymi załamka.

St. Malczyński (Lwów)

Leczenie bólów przy raku szyi macicy. E. CURTILLET. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 4. 1937.

Autor pomija środki farmakologiczne i omawia jedynie postępowanie chirurgiczne, mające na celu łagodzenie bólów w przypadkach rozwiniętego raka szyi macicy. Przecięcie tylnych korzonków nerwów rdzeniowych, wycięcie nn. sympatycznych oraz zabiegi na rdzeniu mogą być dla osób wyniszczonych urazem zbyt dużym. W tych przypadkach pozostawałoby tylko wstrzykiwanie subarachnoidalne alkoholu.

H. Newlińska (Lwów).

Rak kikuta szyi macicy. CH. LEFEVRE et J. GOUZI. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 4. 1937.

Autorzy zebrali przeszło 800 przypadków z piśmiennictwa i na tej podstawie doszli do następujących wniosków: rak kikuta zdarza się w 0,5% przypadków; w 30—40% wczesne zmiany rakowe istniały już w szyi macicy w chwili zabiegu. Przeważnie stwierdzano raka w 6 mies. do 2 lat po operacji, tak po nadpochwowym usunięciu macicy z powodu włókniaków, jak i z powodu spraw zapalnych przydatków. Zapobiegawcze postępowanie polegałoby na wczesnym rozpoznawaniu raka szyi lub na całkowitym usuwaniu macicy zamiast nadpochwowego odcięcia. Autor jednak zwraca uwagę, że rak w kikucie jest sprawą zbyt rzadką, aby narażać niepotrzebnie kobiety na zabieg dający stosunkowo tak duży odsetek śmiertelności, jak całkowite usunięcie macicy. *H. Newlińska* (Lwów).

Nasze stanowisko w sprawie przymusowego wyjaławiania kobiet. A. F. SCHEFFCEK. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 3—4.

W oparciu o duże doświadczenie kliniczne wysnuwa autor następujące żądania, częściowo mogące być spełnione w ramach już dziś istniejącego prawa, częściowo zaś wymagające odpowiednich poprawek prawodawczych. Wnioski autora sa następujące: 1) w każdym przypadku przymusowego wyjałowienia decydujący głos winien mieć ginekolog; 2) gdy okaże się, że kobieta, podlegająca sterylizacji jest w ciąży, zabieg ubezpładniający nie powinien być wykonywany wcześniej, niż w sześć tygodni po porodzie; 3) w razie istnienia poważnych przeciwwskazań do operacji lub jeśli kobieta przekracza 45 lat życia winno się zezwolić na kastrację rentgenowską zamiast operacji; 4) zakłady psychiatryczne, przysyłające chore do zakładów ginekologicznych z wnioskiem dokonania zabiegu sterylizacyjnego, winny podawać dokładne dane, co do zachowania się chorych i co do środków u nich stosowanych; 5) w przypadkach spraw zapalnych operację winno się przesunąć do czasu przeminięcia ostrego procesu; 6) jeżeli podczas operacji okaże się konieczność wykonania jeszcze jakiegoś innego zabiegu, to ten dodatkowy zabieg może być dozwolony tylko w razie nieodpartej konieczności; 7) wybór metody operacyjnej powinien być pozostawiony uznaniu operatora. Przed narkozą dobrze jest stosować środki usypiające (ewipan, awertin, rektidon); 8) bardzo ważną rzeczą jest odpowiednia opieka pooperacyjna. Należy bezwzględnie oddzielnie umieszczać chore umysłowo od nieobarczonych chorobami psychicznymi.

J. Lenczowski (Lwów).

Torbiele macicy jako osobliwa postać gruczolistości. PETER THISSEN. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 3—4.

Opis przypadku dużej, wielokomorowej torbieli, wychodzącej z tylnej ściany macicy. Guz o gładkiej powierzchni połączony był z macicą za pomocą krótkiej, cienkiej szypuły. Torbiele wypełnione były płynem brunatnym. U chorej wykonano wycięcie guza, pozostawiając macicę nietkniętą. Bóle, na które chora skarżyła się, zwłaszcza tuż przed periodem, po operacji w zupełności ustąpiły, a badanie kontrolne wykazało macicę małą. Badanie drobnowidowe preparatu operacyjnego stwierdziło obecność utkania mięśniowo-łączno-tkankowego w ścianie torbieli, wewnętrzna zaś powierzchnia jej wyścielona była typową błoną śluzową macicy. Szypuła guza zbudowana była tylko z utkania łączno-tkankowego i mięśniowego, elementów zaś błony śluzowej macicy nie wykryto. Autor zastanawia się nad sposobem powstawania i etiologią guza w swoim przypadku i przychodzi do wniosku, że opisany guz powstał z elementów nabłonkowych błony śluzowej macicy, przeszczepionych do powierzchownych warstw macicy podczas życia płodowego. Powstanie swe zawdzięcza wpływom hormonalnym.

J. Lenczowski (Lwów).

Ciała hamujące fermentację we krwi. I doniesienie: metodyka. H. MOMMSEN i GLAESER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 3—4.

W poprzedniej pracy autorzy wykazali, że mleko kobiet karmiących, znajdujących się w okresie miesiączkowania hamuje kiełkowanie ziaren łubinu. Z tego autorzy wywnioskowali, że podczas miesiączki organizm kobiecy zawiera jakieś jady, przechodzące do gruczołu mlecznego. Obecnie autorzy wypracowali metodykę wykrywania tych ciał we krwi. Na razie opisują samą metodę, z wyników podają tylko niektóre. Metoda opiera się na zastosowaniu sposobu Eulera i Nielsona ilościowego obliczania bezwodnika kwasu węglowego, wytwarzanego podczas drożdżowej fermentacji cukru gronowego. Autorzy podają dokładny opis aparatu wraz z jego fotografią. Badania tym sposobem wykazały, że woda przekroplona oraz krew mężczyzn nie okazują żadnego wpływu na sprawę fermentacyjną, a w tym ostatnim wypadku bez względu na czas, jaki upłynął od pobrania krwi do wykonania doświadczenia. Wyniki badań krwi miesiączkowej i krwi, pobranej z żyły kobiet podczas miesiączki, a również i z okresu międzymiesiączkowego podadzą autorzy w doniesieniach następnych. *J. Lenczowski* (Lwów).

Strefy Heada w czasie porodu, ciąży i połogu. Pobudzanie czynności porodowej za pomocą drażnienia stref Heada. HILDE JOCKEL. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 5.

Doniosłe odkrycie Heada o strefach przeczulicy na skórze, odpowiadających tym lub owym narządom wewnętrznym, jak dotychczas, nie znalazło oddźwięku w położnictwie. Lukę tę wypełnia praca autora. W tym celu przebadał autor 58 rodzących w różnych okresach porodu, 38 położnic od 1 do 8 dnia połogu oraz 101 ciężarnych w różnych miesiącach ciąży. Z badań tych wynika, że podczas porodu strefy Heada występują zupełnie wyraźnie u każdej kobiety i są bardzo charakterystyczne. W ogóle można wyróżnić kilka pasów przeczulicy skórnej, które autor dokładnie precyzuje, trzymając się podziału Heada. Są to strefy ściśle odpowiadające zakresowi działania odcinków rdzenia, poczynając od D X do S III. Otóż okazało się, że z początkiem porodu występuje przede wszystkim strefa D XI, później dołącza się do tego D X i D XII, w końcu wszystkie S. L I występuje rzadko, jeszcze rzadziej L II i to tylko wtedy, gdy już wszystkie inne strefy pojawiły się i dosięgły szczytu swego rozwoju. W połogu następuje szybkie znikanie przeczulicy skórnej tak, że ósmego dnia tylko wyjątkowo można je wykryć i to na ograniczonej przestrzeni. W ciąży pierwsze objawy przeczulicy autor stwierdził w trzecim miesiącu, od tego okresu ilość stref wzrasta. Początkowo są to D X, D XI i D XII. Strefy krzyżowe pojawiają się dopiero w VI miesiącu, odtąd przybierają na sile i rozprzestrzenieniu się. Pasy lędźwiowe występują rzadko i to w późniejszych miesiącach ciąży. Autor poza tym próbował zadziałać na czynność porodową przez drażnienie stref Heada podczas porodu. Okazało się istotnie, że drażniąc okolice D XI i D XII czy to mechanicznie, czy to chemicznie można wywołać silniejsze i dłużej trwające skurcze macicy. Odnośne badania są na razie zapoczątkowane.

J. Lenczowski (Lwów).

Znaczenie odruchu Kehrera w przypadkach rzucawki i grożących drgawek porodowych. H. HOFFMANN. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 3—4.

Autor sprawdzał odruch F. Kehrera u ciężarnych, rodzących i położnic, chorych na drgawki porodowe lub zdradzających objawy grożącej rzucawki. Materiał obejmuje 7 przypadków drgawek porodowych, 6 przypadków nerki ciężarnej i 2 przypadki drgawek, nie stojących w związku z zatruciem ciążowym. Badania te wykazały, że w przypadkach drgawek porodowych objaw Kehrera wypadał stale dodatnio. W miarę polepszania się objawów ogólnych, odruchy znikały. W przypadkach nerki ciężarnej odruch wypadał różnie. Tam, gdzie był dodatni, wcześniej czy później wystąpiły wyraźne objawy grożącej rzucawki, tak, że musiano wkroczyć czynnie celem przyśpieszenia porodu; w przypadkach zaś odruchu ujemnego, mimo — zdawałoby — się groźnych ogólnych objawów, doczekano się porodu

siłami natury bez żadnych powikłań. Autor przytacza poza tym dwa interesujące przypadki drgawek do złudzenia przypominających drgawki rzucawkowe. Odruch Kehrera w obu przyp. wypadł ujemnie. Dopiero dokładniejsze badania następowe wykazały, że w jednym z nich była histeria, w drugim — padaczka. Wyniki tych badań, acz skąpych, pozwoliły autorowi przekonać się o ważnym znaczeniu odruchu Kehrera w rozpoznawaniu i rokowaniu drgawek porodowych. *J. Lenczowski* (Lwów).

Przemiana węglowodanowa w połogu i w zakażeniach połogowych oraz przemiana fosforowa w tych stanach. A. A. SZEPETINSKY i E. J. CHARTSCHENKO. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 3—4.

Na podstawie badań krwi na cukier i fosfor u 85 położnic zdrowych i chorych na zakażenie połogowe wysnuwają autorzy następujące wnioski: 1) w septycznych zakażeniach połogowych cukier znajduje się w górnych granicach normy. 2) Nie stwierdzono związku między wysokością ciepłoty a cukru. 3) W przypadkach wyleczonych, ze spadkiem ciepłoty obniża się zawartość cukru we krwi. 4) Powtórne badania na cukier u jednej i tej samej chorej może mieć znaczenie dla rokowania, gdyż często spadek cukru wyprzedza ostateczny spadek ciepłoty. 5) W zakażeniach ogólnych zawartość cukru i fosforu nie wykazuje nic charakterystycznego. 6) W zakażeniach umiejscowionych fosfor wykazuje wartości niskie (1,2—1,6 mg %). 7) Wahania w zawartości cukru we krwi w zakażeniach połogowych stoją, zdaje się, w związku z zaburzeniami w roślinnym układzie nerwowym. *J. Lenczowski* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 25 lutego 1936 r.

1. Kol. Landsberg, członek T-wa: *O niektórych nowych wskazaniach do lecznictwa wątrobą.* (Streszczenie własne).

Badania Bauera i Hammerschlaga, a ostatnio doświadczenia Nonnenbrucha, poprzedzone zresztą doświadczeniem starej szkoły klinicystów francuskich, wykazały, że podawanie wątroby usuwa skutecznie przejawy pewnych stanów azotemicznych nie pierwotnie nerkowo-pochodnych. Dotyczy to zarówno azotemicznych stanów pooperacyjnych, jak i stanów azotemicznych, wynikłych na skutek utraty soli kuchennej (długotrwałe biegunki, wymioty), na skutek samozatrucia produktami rozpadu białka (intoksykacja po naświetlaniach promieniami Roentgena, przy nagłym rozpadzie mas nowotworowych, rozległym oparzeniu ciała).

Mechanizm działania leczniczego pozajelitowo stosowanych wyciągów wątrobowych w wyżej wspomnianych stanach, jest dotychczas niewyświetlony. Prawdopodobnie chodzi tutaj o podniecenie ureogenicznej czynności wątroby przez owe preparaty. W ten sposób obniża się w ustroju poziom trujących pochodnych białka (azot resztkowy *nie* mocznikowy, wielopeptydy) i przejściowo wzrasta, moczopędnie działający, mocznik.

Opierając się na powyższych danych, stwierdzonych niejednokrotnie przez siebie, autor proponuje, aby przed każdym cięższym zabiegiem chirurgicznym (przede wszystkim zabiegi na żołądku i drogach żółciowych, nerkach i gruczole krokowym), w celu uniknięcia jawnego czy ukrytego stanu azotemicznego, podawać przez kilka dni domięśniowo jeden z preparatów wątrobowych. Łatwość i częstość występowania stanów intoksykacyjnych-azotemicznych po ciężkich zabiegach operacyjnych, jest spowodowana przez dwa czynniki: a) uśpienie i b) rozpad tkanek wskutek uszkodzenia operacyjnego. Czynnik pierwszy doprowadza do pewnej niedomogi komórki wątrobowej w zakresie dezintoksykacji białkopochodnych ciał trujących, czynnik drugi doprowadza właśnie do nadmiernego powstawania w ustroju tychże ciał. Jak wykazują spostrzeżenia autora, stosowanie wyciągów wątrobowych 3 dni przed i 3 dni po operacji, nie tylko usuwa możliwość występowania przejawów jawnej azotemii, ale znacznie polepsza samopoczucie operowanego, zmniejsza lub prawie usuwa wymioty i mdłości.

Dyskusja:

Kol. Bussel dodaje, że mocznik jako *diureticum* działa przy pewnym zasobie soli w organizmie i przytacza przypadek, dotyczący chorego dziecka, u którego po wycięciu wyrostka robaczkowego wystąpił zespół hipochloremiczny z azotemią. Po zastrzyknięciu *pernaemon mitius* nastąpiła poprawa. Mówca podkreśla, że sprawa mechanizmu działania pernemonu nie jest jasna.

Kol. Glass J. zastanawia się nad stroną teoretyczną i praktyczną zagadnienia, poruszonego przez prelegenta. Mówca doszukuje się wspólnych cech w mocznicy z zatrzymania, jak i w wytwórczej. W mocznicy retencyjnej np. wskutek przerostu gruczołu krokowego, czy w następstwie marskości nerek, kwasy aminowe lub polipeptydy wyzwalają rozpad białkowy, a w dalszym już okresie sprawy mamy jednostkę mieszaną, gdzie obok czynnika retencyjnego, istnieje czynnik wytwórczy. Doświadczalnie u psów mówca wywoływał mocznicę wytwórczą, w następstwie czego dochodziło do zatrzymania wszystkich ciał azotowych i przyłączała się mocznica retencyjna. Fakt ten stanie się zrozumiałym, jeśli uwzględnimy, że azotemia jest wypadkową zaburzenia trzech czynności: 1) czynności rozpadu białkowego w tkankach, 2) czynności wątroby, 3) wypłukiwania substancyj azotowych przez nerki. Zaburzenia te występują zazwyczaj we wszystkich układach. Referent przeciwstawił mocznicę retencyjną z dużą ilością mocznika we krwi, mocznicy z małą ilością mocznika we krwi. Rozróżnianie tego rodzaju mocznic wydaje się niemożliwe, gdyż wszystkie mocznice w swych początkach mają mniejszą ilość mocznika we krwi. Podział ten nie da się utrzymać, a podtrzymywanie wskazań do leczenia wątrobą w mocznicy wytwórczej jest niemożliwe, gdyż należało by wskazania te rozciągnąć i na mocznicę retencyjną, w której moglibyśmy mieć ten sam dobry wpływ. Jeśli chodzi o mechanizm działania wątroby i przeciwstawienie jego działaniu soli kuchennej, to sól kuchenna hamuje rozpad tkanek, a działanie jej nie ogranicza się wyłącznie do zadziałania na tkanki, gdyż równocześnie sprowadza działanie moczopędne. Działanie wątroby jest centralne, nie nerkowe. Właściwym dowodem byłoby tylko zmniejszenie azotu aminowego w stosunku do mocznika. Potrzebne byłyby tutaj badania, obejmujące frakcje azotowe w moczu. Mówca przytacza dwa przypadki z własnej obserwacji, z których w jednym po wstrzyknięciu pernemonu wystąpiły objawy idiosynkrazji. W drugim przypadku, z żółtaczką zastoinową długotrwałą, zastosowano pernemon na cztery dni przed operacją, lecz o wynikach w przypadku tym nic powiedzieć nie można, gdyż w 12 godzin po operacji chory zmarł.

Kol. Landsberg M., członek T-wa, oświadcza, że kiedy mówił o azotemii retencyjnej i wytwórczej, to chodziło mu o podział ogólny. Nie wiadomo, dlaczego pernemon zwiększa ilość mocznika, a potem ilość mocznika obniża się. Mocznik przelotnie wzrasta i wywiera działanie moczopędne na ozdrowiałe nerki. Jeśli będziemy stosowali wyciągi z wątroby w marskościach nerek, to otrzymamy przejściową poprawę stanu chorego w ciągu kilku dni, a później poprawa zatrzymuje się, gdyż mocznik powstały w nadmiarze, przez swą obecność hamuje rozpad ciał organicznych. Kol. Glass wspominał, że stosowano pernemon w żółtaczce, z czego zdawać by się mogło, że gdzie jest żółtaczka, tam chora jest wątroba. Tak jednak nie jest. W kilku przypadkach żółtaczki prelegent stosował pernemon, lecz bez wpływu na żółtaczkę. Żółciotwórcza własność wątroby wzrasta pod wpływem stosowania wątroby. Prelegent stosuje pernemon we wszystkich stanach niedomogi wątroby z żółtaczką, a mianowicie atofanowych, posalwarsanowych, a niektórzy chwalą zastrzykiwania pernemonu i w stanach marskości wątroby. Badania nie są ukończone i nie możemy powiedzieć, czy mamy do czynienia z działaniem diuretycznym, czy z działaniem wątroby na przemianę białkową; jaki jest mechanizm diurezy w tych przypadkach, nie wiemy. Referent przytacza przypadek ostrego zapalenia nerek u chłopca. Po bezskutecznym stosowaniu różnych środków, otrzymano dopiero poprawę po pernemonie. Wszelkie stany, wpływające na wątrobę, zmniejszają azot resztkowy i polipeptydy, a zwiększają ilość mocznika. Najwybitniej działa kora nadnerczy, która związana jest z przemianą chlorową. Prelegentowi nie chodziło o teoretyczne traktowanie sprawy, lecz o praktyczne sprawdzenie leczenia zapobiegawczego w okresie przedoperacyjnym zastrzykiwaniami wyciągów wątroby.

2. Kol. Fliederbaum J. wygłosił odczyt pt. *Badania gospodarki wodnej ustroju. Doniesienie 3. Wpływ nadnerczy na gospodarkę wodną ustroju. Badania doświadczalne.* (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Kol. Apfelbaum E. podkreśla, że temat jest trudny, wskutek czego różni autorowie otrzymywali różne wyniki. Na gospodarkę wodną ustroju wpływa głównie substancja rdzeniowa. Dziś jeszcze nie możemy powiedzieć, że adrenalina działa moczopędnie lub nie, gdyż zależy to od dawki adrenaliny i stopnia znikania jej z ustroju. Drugi czynnik, to wydalanie wody przez płuca. Przez dodanie adrenaliny możemy wywołać bezdech, a po

usunięciu jej, hiperwentylację, czyli utratę wody, na drodze skórno-płucnej. Nerki muszą mieć swój prąd do wydalania wody. Wskutek gwałtownego spadku ciśnienia po usunięciu nadnerczy, nerka nie może wydalać wody. Naczynia obwodowe nie mają swego napięcia, co znajduje wyraz w postaci zmniejszenia ilości krwi krążącej. Najbardziej ukrytym czynnikiem są zaburzenia w przemianie materii; powstaje anoksybioza, niewłaściwe spalanie węglowodanów i wytwarzanie się kwasu mlekowego, co prowadzi do zakwaszenia ustroju i utraty wody. Drugim jest czynnik glikogenetyczny, który wiąże pewną ilość wody. Po wycięciu nadnerczy następuje spadek cukru we krwi, co pociąga za sobą spadek wody we krwi, gdyż istnieje pewna równowaga między ilością cukru we krwi i ilością wody. Prelegent omówił tylko wpływ braku istoty rdzennej. Wypadnięcie czynności kory nadnercza biegnie równolegle z wypadnięciem czynności diuretycznej przysadki mózgowej. Wpływa na to jeszcze wiele innych czynników, np. witamina C. Po zestawieniu tych wszystkich zjawisk można dopiero wyprowadzić jakieś wnioski o wpływie wycięcia nadnerczy na gospodarkę wodną ustroju.

Kol. Markert W., członek T-wa, podnosi, że z odczytu prelegenta wynika, iż nadnercza wpływają na gospodarkę wodną ustroju. Z tablic załączonych mogliśmy zauważyć, że wpływ ten jest najsilniejszy w przypadkach po usunięciu obu nadnerczy i w pierwszym okresie pooperacyjnym. Powstaje pytanie, czy wpływ ten jest bezpośredni, czy pośredni. Pytanie to wypływa ze spostrzeżenia chorej na cisawicę. W pewnym okresie choroby wystąpiła u tej chorej wyraźna niewydolność nadnerczy, połączona ze stanem zamroczenia, z bardzo znacznym osłabieniem, spadkiem ciśnienia skurczowego do 60 mm Hg i bezmoczem, trwającym trzy doby. Wśród chorych klinicznych mówca spostrzegał dwa przypadki z niskim ciśnieniem tętniczym krwi; okresowi zmniejszonego ciśnienia tętniczego krwi towarzyszył zawsze bezmocz, a w jednym przypadku wystąpiła nawet azocica. Te spostrzeżenia kliniczne mają swój odpowiednik w doświadczeniach na zwierzętach. Mówca opiera się na pracy Medesa i Bellisa, ogłoszonej w roku 1934. Autorzy ci, zmniejszając ciśnienie w tętnicy nerkowej, doprowadzili do znacznego zmniejszenia ilości wydzielanego przez nerkę moczu. Z doświadczeń na zwierzętach i obserwacji klinicznej wynika, że dla prawidłowej czynności nerek konieczne jest odpowiednie ciśnienie krwi, i że w razie jego obniżenia, przesączanie nerek zmniejsza się. To może doprowadzić do bezmoczu i ciężkich zaburzeń w całym ustroju. Po operacji nadnerczy, przynajmniej w pierwszym okresie, ciśnienie tętnicze krwi ulega zmniejszeniu, co znowu działa hamująco na czynność nerki, narządu, mającego ogromny wpływ na gospodarkę wodną ustroju.

Rozważania te nie uszczuplają wyników badań prelegenta, powinny być jednak wzięte pod uwagę przy ocenie zmian w składnikach krwi i gospodarce wodnej ustroju, pozbawionego operacyjnie nadnerczy.

Kol. Węgierko J., członek T-wa, uważa, że w doświadczeniach kol. Fliederbauma mamy do czynienia z odwodnieniem i zakwaszeniem ustroju i do pewnego stopnia z osłabieniem czynności odtruwającej ustroju. W związku z tym, że mamy do czynienia z upośledzeniem nadnerczy i zmniejszeniem poziomu cukru we krwi, starano się podawać węglowodany, aby utrzymać człowieka przy życiu. Ma to do pewnego stopnia znaczenie, gdyż przeciwdziała zakwaszeniu, nawadnia, a więc przeciwdziała rozpadowi białka w ustroju. Widzimy, że karmienie węglowodanowe usprawiedliwia wszystkie ujemne dane, które mogą być sprowadzone usunięciem nadnerczy lub niedostateczną czynnością nadnerczy. Badania kol. Fliederbauma mają doniosłe znaczenie praktyczne.

W odpowiedzi kol. Fliederbaum J. zaznacza, że istotnie układ chromochłonny odgrywa rolę w zespole niewydolności doświadczalnej nadnerczy, wywołanej ich usunięciem. W badaniach swoich uwzględnił wpływ epireniny na przepuszczalność ściany naczyniowej, na czynność nerek i układu krążenia oraz na najważniejsze składniki chemiczne krwi i tkanek. Spadek ciśnienia tętniczego i żylnego po usunięciu nadnerczy jest jednakże zjawiskiem późniejszym, niż zmniejszenie ilości wody we krwi. Spadek ciśnienia i zmniejszenie masy krwi zmniejszają ciśnienie filtracji w kłębuszkach nerkowych i zmniejszają w związku z tym wydzielanie moczu. Zjawiska te nie zależą jednak jedynie od porażenia układu chromochłonnego, raczej od wyłączenia kory nadnerczy. Stwierdzono bowiem, że usunięcie jednego nadnercza i zniszczenie części rdzeniowej drugiego nie wywołuje zespołu doświadczalnej niewydolności nadnerczy. Zespół ten rozwija się dopiero po zniszczeniu lub usunięciu kory drugiego nadnercza. Co do udziału korelacyjnego innych gruczołów dokrewnych oraz narządów i układów, to udział ten jest możliwy, nie posiadamy jednak na to pewnych dowodów, albowiem nie znamy swoistych pewnych prób czynnościowych dla różnych narządów. Trzeba zatem przyjąć, że na zmiany w zakresie gospodarki wodnej po usunięciu nadnerczy składają się co najmniej czynniki, uwzględniane przez referenta, a więc między innymi i zjawiska, słusznie podkreślane przez kol. Apfelbauma i Markierta. Znaczenie praktyczne badań referenta wynika z zestawienia otrzymanych wniosków z przypadkami klinicznej niewydolności nadnerczy, np. cisawicy. W związku z propozycją kol. Węgierki, by w przypadkach cisawicy stosować tuczenie węglowodanami, referent zaznacza, że wskazane są próby w tym kierunku. Należy jednak podkreślić, że zmiany gospodarki cukrowej rowijają się późno w okresie daleko posuniętej niewydolności oraz, że nie wiemy dotychczas, czy cukier istotnie działa proteopektycznie.

Prezes: *Józef Skłodowski.*
Sekretarz Doroczny: *Józef Gackowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Zaproszony przez koła naukowe szwedzkie, doc. dr Piotr Słonimski z Warszawy, wygłosił odczyt w Uniwersytecie w Lund w dniu 18 ub. m. na temat swych badań, dotyczących genezy krwi u zwierząt i człowieka.

Komunikaty.

W czasie od dnia 12 do 18 września br. odbędą się w Karlsbadzie kursy dokształcające dla lekarzy, w których bierze udział cały szereg prelegentów z różnych państw europejskich oraz ze Stanów Zjednoczonych. W dniu 17 b. m. prof. dr Oszacki z Krakowa będzie mówił na temat: „Niedociśnienie tlenu we krwi tętniczej a nadciśnienie w tętnicy płucnej".

Sprostowanie:

Tytuł wykładu prof. Witolda Ziembickiego, wygłoszonego w czasie otwarcia Domu lekarskiego we Lwowie brzmi: *Aforyzm Hipokratesa „Vita brevis, ars longa" i jego autor,* — a nie, jak przez pomyłkę wydrukowano: *„Vita brevis, ars longa i jego autor"* (zob. Damański, Dom Lekarski we Lwowie, P. G. L., Nr 36, str. 690).

Redakcja otrzymała:

L. van Bogaert, H. J. Scherer i E. Epstein: Une forme cérébrale de la cholestérinose généralisée. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 45 fr.

O. Schürch: Die Behandlung der bösartigen Geschwülste der Mundhöhle. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1937. Cena: 2,60 RM.

H. Storck: Hoffa-Gocht Technik der Massage. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1937. Cena: 7,20 RM.

Die Werke des Hippokrates. Teil 16. Der Samen — Des Werken des Kindes — Das Herz — Die Geistesstörung — Die Tollwut — Die Nieswurzanwendung. Wyd. Hippokrates-Verlag. G. m. b. H. Stuttgart-Lipsk.

Die Werke des Hippokrates. Teil 17. Die Leiden — Die Krankheiten, 1. Buch. Wyd. Hippokrates-Verlag. G. m. b. H. Stuttgart-Lipsk.

H. Rouvière i G. Valette: Physiologie du système lymphatique. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 45 fr.

A. Besredka: Les immunités locales. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 35 fr.

L. Binet: Leçons de physiologie médico-chirurgicale. Wyd. Masson. Paryż 1937. Cena: 36 fr.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju	zł 12.—
za granicą	zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.